

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PLANEJAMENTO FAMILIAR


**ASSISTÊNCIA FUNDAMENTADA NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE
DOROTHÉA E. OREM UTILIZANDO A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA
JUNTO A COMUNIDADE DE VILA MANAUS-CRICIÚMA/SC**

**FLORIANÓPOLIS
2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PLANEJAMENTO FAMILIAR

**ASSISTÊNCIA FUNDAMENTADA NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE
DOROTHÉA E. OREM UTILIZANDO A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA
JUNTO A COMUNIDADE DE VILA MANAUS-CRICIÚMA/SC**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0334
Autor: Maccarini, Hevelyn
Título: Planejamento familiar : assistên

972494199 Ac. 241561
Ex.1 UFSC BSCSM CCSM

Trabalho de conclusão do Curso.
Orientação: Professora Dr^a Elza Berger Salema Coelho
Supervisão: Enfermeira Cleusa Cadó.
Banca: Dr^a Elza Berger Salema Coelho
Enfermeira Cleusa Cadó
Profesora Maria de Fátima Mota Zampiere

**HEVELYN SOMER MACCARINI
SHAYRLENE QUAREZEMIN**

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0334
Ex.1

**FLORIANÓPOLIS
2001**

AGRADECIMENTO

À Deus, pela vida, saúde e proteção, durante todo este curso...

Aos nossos pais, por toda a educação e orientação, que deles recebemos, através de palavras e, principalmente, pelos exemplos de vida que nos passaram...

A todos de nossas famílias, por todo carinho, dedicação e incentivo que nos foram dedicados.

Pois, sem eles, temos certeza de que não teríamos alcançado mais um objetivo...

Aos nossos amores, que sempre fizeram parte desta caminhada, obrigada pelo carinho e compreensão nas horas em que faltamos...

A professora Elza Salema, pelo apoio, compreensão e dedicação a nós dispensados;

A professora Maria de Fátima, por aceitar o convite de fazer parte da banca, e pela dedicação na correção do trabalho.

A futura colega de trabalho, nossa supervisora e membro da banca, enfermeira Cleusa Cadó, que durante todo esse percurso procurou sempre nos guiar pelo caminho certo, mostrando seu profissionalismo, dedicação e carinho a uma comunidade carente e que muito precisa dessa atenção.

Também, não podemos deixar de agradecer a Luciana Faria, Francine Teixeira e Alienca Malinski, pela linda amizade que construímos durante todo o curso, e que mesmo, apesar de nossas diferenças continuamos unidas...

RESUMO

Este trabalho contempla a atuação do profissional de enfermagem na área de Planejamento Familiar, em uma comunidade carente do município de Criciúma-SC. Utilizou-se a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem como guia e, a Metodologia Problematicadora como estratégia. Teve como população alvo mulheres, parceiros em idade fértil (15 – 49 anos), cadastradas ou não no programa de planejamento familiar. Procurando trabalhar com as mulheres a partir de sua realidade, foram formados grupos, realizadas visitas domiciliares e aplicado questionários. Nos grupos discutiu-se temas como: Métodos Contraceptivos; Dispositivo Intra – Uterino (DIU); Preservativo Masculino; HIV/AIDS; Sexualidade e Aborto, esses assuntos surgiram conforme dúvidas apresentadas pelo grupo. Percebemos, ao término do trabalho a importância de termos utilizado a Metodologia Problematicadora como estratégia, pois esta possibilitou-nos, conhecer as crenças, os hábitos e as práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence, buscando assim promover o autocuidado. Também a enfermagem teve sua importância, pois serviu como serviço de ajuda na identificação dos problemas a partir da realidade, para que em conjunto com o grupo pudessem encaminhar possíveis soluções, sendo o elemento capaz de articular condições de prestação de serviço de saúde da unidade e necessidade da população. Pelas informações que foram compartilhadas e por se preocuparem em saber mais sobre assuntos que englobam o planejamento familiar, determinamos que o autocuidado foi alcançado.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	03
2. OBJETIVOS.....	07
2.1 Objetivo Geral.....	07
2.2 Objetivos Específicos.....	07
3. MARCO CONCEITUAL.....	09
3.1 Aspectos Gerais da Teoria de Orem.....	10
3.2 Pressupostos da Teoria de Orem.....	11
3.3 Teoria geral de enfermagem de Orem.....	13
3.3.1 Teoria do autocuidado.....	13
3.3.2 Teoria do Déficit do Autocuidado.....	14
3.3.3 Teoria do Sistema de Enfermagem.....	16
3.4 Conceitos Principais do Marco Conceitual.....	17
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Metodologia Problematicadora.....	23
4.2 Características gerais do Campo de Estágio.....	27

4.2.1 O Município de Criciúma.....	27
4.2.2 Local de Estágio.....	29
4.2.3 População Alvo.....	31
4.2.4 Estratégia para Busca da Realidade.....	32
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	33
5.1 Resgate Histórico.....	34
5.2 Planejamento Familiar.....	41
5.3 Métodos Contraceptivos	45
6. DESENVOLVENDO A METODOLOGIA.....	80
6.1 Leitura da Realidade.....	80
6.2 Os Encontros.....	84
6.3 Pontos Chaves.....	86
6.4 Teorização.....	87
6.5 Hipóteses de Solução.....	88
6.6 Aplicação na Realidade.....	90
6.7 Revendo os Objetivos.....	100
6.8 Atividades Realizadas e não Planejadas.....	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO.....	106
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
10. ANEXOS.....	112
11. PARECER DO ORIENTADOR.....	113

1. APRESENTAÇÃO

A trajetória histórica do planejamento familiar no Brasil, é marcada, em grande parte, por uma participação muito pequena das mulheres no desenvolvimento das políticas, dos planos de ações e no campo decisório destas ações.

Os direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira, a partir da promulgação da Constituição de 1988, vêm sendo implementados pelo Sistema Único de Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, na tentativa de minimizar os riscos e conseqüências de uma gravidez não desejada ou ainda propor a implementação de ações necessárias para efetivar a gravidez.

Hoje, no Brasil, planejamento familiar é tema do cotidiano, discutido amplamente, pela imprensa, quando aborda à mortalidade materna, o aborto, a esterilização, a reprodução assistida ou outros temas relacionados à procriação.

A política pública, proposta pelo Executivo, embora avançada em seus princípios, conteúdos e diretrizes, é ineficaz na sua implementação. Ocorre um recuo sistemático do Estado, que deixa de cumprir sua obrigação, definida pela Constituição, a de provedor de assistência à saúde dos brasileiros, de forma universal e equânime.

Contribuem ainda para o agravamento e a consolidação do estado atual, aspectos da cultura médica marcados por um intenso intervencionismo sobre o corpo da mulher, os quais, aliados à desinformação destas, comprometem de forma definitiva o princípio da autonomia nas escolhas das práticas contraceptivas e conceptivas de cada indivíduo.

Considerando estes aspectos, nós acadêmicas da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, atuamos junto a Comunidade de Vila Manaus. Nesta comunidade muitas mulheres/parceiros necessitam, de acordo com sua realidade sócio-econômica e cultural, de informações sobre a forma e/ou alternativa de praticar o planejamento familiar.

Vila Manaus é uma das regiões mais carentes da cidade de Criciúma, com acentuados problemas de infra-estrutura, educação, moradia e saúde. Com base na observação realizada durante todo o estágio e, em informações de funcionários da unidade, percebemos que o baixo poder aquisitivo acompanhado do desemprego, a falta de informação sobre o funcionamento de seu corpo, e de perspectivas existenciais, são fatores

que determinam a busca de um método irreversível, a esterilização, e outros métodos contraceptivos.

Também é importante ressaltar a situação do profissional de saúde em relação à cultura da sexualidade, reconhecimento dos processos e ciclos de vida, subordinações do ensino na área de saúde às ideologias intervencionistas, despreparo profissional à realização das atividades, pois impotentes diante de uma situação de desigualdade social que explode, esses profissionais acabam por exercer um papel sem a reflexão necessária sobre suas ações.

A revisão bibliográfica sobre os métodos contraceptivos, constituíram-se em subsídio, no sentido de discutir com às mulheres envolvidas no processo, a fim de que estes possam decidir em função da sua situação particular e necessidades individuais, sobre o método mais adequado para seu uso.

Os trabalhos desenvolvidos tanto em grupo quanto os individuais foram baseados nos problemas evidenciados na realidade observada.

Contribuindo para este trabalho, utilizamos a Teoria Geral de Enfermagem ou Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, aplicada à Metodologia Problematizadora, baseada no Método do Arco, conforme denominado por Charles Maguerez. Tal método parte da observação da realidade da população alvo, e busca identificar os problemas, em que a

equipe de enfermagem com a participação das mulheres possam atuar, para que promovam mudança da realidade.

Este trabalho assistencial desenvolveu-se na Unidade de Saúde Vila Manaus, no período de 26 de março a 01 de junho de 2001, obedecendo a uma carga horária de 220 horas, conforme estabelecido pela disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem no planejamento familiar às mulheres/parceiros, da comunidade de Vila Manaus – Criciúma – SC, compartilhando conhecimento a partir da realidade observada, para promoção do autocuidado

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compartilhar conhecimentos sobre Planejamento Familiar, em atividades de grupo e/ou individual
2. Promover o acesso aos métodos contraceptivos às mulheres cadastradas no Programa de Planejamento Familiar da Unidade de Saúde;

3. Promover e participar em atividades de apoio relacionadas ao Planejamento Familiar;
4. Realizar visitas domiciliares para estimular a participação das mulheres nos grupos de Planejamento Familiar, e conhecer a realidade social da clientela;
5. Ampliar e aprofundar conhecimentos relativos ao Planejamento Familiar;
6. Promover a participação do parceiro nas atividades de Planejamento Familiar;
7. Buscar integração com a equipe e proporcionar discussões para implementação das ações de planejamento familiar.

3. MARCO CONCEITUAL

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi de fundamental importância a utilização do marco conceitual, por este, fornecer uma visão ampla sobre os conceitos que norteiam as atividades no decorrer deste estudo.

Neste sentido a teoria constitui “uma forma sistematizada de olhar o mundo para descrevê-lo. As teorias compõem-se de: conceitos, definições, modelos e proposições e são baseadas em suposições” (Monticelli & Silva apud George, 1997).

Para Nitschke apud Colzani & Dallavechia (1999, p.11), “o marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de interrelação entre vários conceitos que o compõem. No campo da prática de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o

cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado”.

A Teoria Geral de Enfermagem ou Teoria do Autocuidado, descrita por Dorothea E. Orem, foi a teoria eleita para guiar este trabalho que tem como tema central o “**Planejamento Familiar**”. Este pode ser entendido como o direito de cada pessoa à informação, à assistência especializada, e ao acesso aos recursos que lhe permitam optar livre e conscientemente por ter ou não filhos, o número e espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado (Pereira, Arrilha e Sorrentino, 1986, p.08).

Para tanto, torna-se necessário que mulheres/parceiros obtenham conhecimentos e informações sobre os métodos contraceptivos que possam ser utilizados para o exercício do planejamento familiar a partir de sua realidade sócio-econômica e cultural, favorecendo assim, a prática do autocuidado.

3.1 ASPECTOS GERAIS DA TEORIA DE OREM

“Dorothea E. Orem, nasceu em 1914 em Baltimore, Maryland; recebeu diploma de Enfermagem pela Providence Hospital School of Nursing em Washington D.C.; obteve o grau de Bacharel em Ciências e Educação de Enfermagem, em 1939 e, mestre em Ciências da Educação

de Enfermagem, em 1945, pela Catholic University of America. Recebeu vários graus honorários, incluindo o de Doutora em Ciências pela Georgetown University e pela Incarnate World College, além de vários prêmios da categoria” (George apud Orem, 1993 p.91).”

Foi durante seu trabalho como consultora do Office of Education, Departament of Health, Education and Welfare que Orem começou a desenvolver sua teoria, em 1956. Teve como propósito definir como preocupação de Enfermagem a “necessidade do homem para o autocuidado, sua provisão e manutenção numa base contínua para manter a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou traumatismos e lidar com seus defeitos” (George apud Orem, 1993 p.91).

3.2 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DE OREM

De acordo com Santos apud Orem, 1991, p. 96:

- “O autocuidado é uma necessidade universal;
- O autocuidado é uma ação deliberada que possui propósito, padrão e seqüência, que busca metas e resultados
- As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence;

- As maneiras de encontrar as necessidades de autocuidado (processos tecnológicos e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores;
- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos, influenciam as decisões e ações relativas ao autocuidado;
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo;
- A enfermagem é um serviço de ajuda.”

Uma vez que o direito ao acesso a concepção e contracepção é um direito garantido na Constituição e, considerando que a maioria das pessoas buscam métodos contraceptivos, estes devem ser utilizados para um propósito, tendo assim um padrão e uma seqüência na busca de metas e resultados.

Utilizamos a metodologia problematizadora como estratégia para conhecermos, as crenças, os hábitos e as práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence, buscando promover o autocuidado, seguindo assim os pressupostos de Dorothea E. Orem.

Também para este trabalho, a enfermagem serviu como um serviço de ajuda, na identificação dos problemas a partir da realidade, para em conjunto encaminhar possíveis soluções, sendo o elemento capaz de articular condições de prestação de serviço de saúde da unidade e necessidade da população.

3.3 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE OREM

Para George (s/d), a teoria de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: teoria do autocuidado, do déficit do autocuidado e a dos sistemas de enfermagem.

3.3.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO

Esta teoria engloba a compreensão dos conceitos de autocuidado, fatores básicos e a demanda terapêutica de cuidado. O autocuidado, para Orem, são atividades realizadas pelo ser humano para manter e promover seu bem estar durante toda a vida e quando efetivamente realizado ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas autocuidado, são designados por Orem como requisitos de autocuidado.

⇒ **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL:** São comuns a todos os seres humanos durante toda vida. Representam atividades do cotidiano, como: manutenção de ingestão suficiente de ar, água e alimento; provisão de cuidados associados a processo de eliminação e excreção; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; prevenção de riscos a vida humana; promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos em grupos sociais conforme o potencial humano de seu normal.

⇒ **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL:** Relaciona-se à condições e eventos que ocorrem durante os vários estágios do ciclo vital e que podem afetar adversamente o desenvolvimento, por exemplo, uma gravidez não planejada.

⇒ **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE:** Estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvio estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnósticos e tratamento médico.

3.3.2 TEORIA DO DÉFICIT DE AUTO CUIDADO

Essa teoria representa a essência da Teoria Geral de Orem, pois indica quando a enfermagem é necessária.

Os serviços de enfermagem são solicitados sempre que os indivíduos apresentam incapacidades ou limitações para promover o autocuidado contínuo e eficaz.

São identificados 5 métodos de ajuda:

- Guiar ou fazer para o outro;
- Guiar o outro;
- Apoiar o outro (física ou psicologicamente);
- Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- Ensinar o outro.

Quando há presença de déficit para o autocuidado ou para o cuidado dependente é que a enfermagem se faz necessária. E a maneira como a enfermeira preenche esses déficit é determinado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Dentre os 5 métodos de ajuda identificados por Orem na Teoria do Déficit do Autocuidado, utilizamos no trabalho de Planejamento Familiar:

- Apoiar o outro (física e psicologicamente);

- Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- Ensinar o outro.

Para isso os grupos foram desenvolvidos, através da participação das mulheres, promovendo-se um espaço onde pode-se discutir e tirar dúvidas, sobre temas relacionados com o planejamento familiar, segundo a metodologia utilizada, os temas eram sempre definidos pelo grupo. Estes encontros tiveram ainda a finalidade de buscar maiores informações, relacionadas ao processo de viver do grupo de mulheres.

3.3.3 TEORIA DO SISTEMA DE ENFERMAGEM

Os sistemas de enfermagem são ações e interações entre enfermeiro e cliente e/ou agentes de cuidado dependente quando há presença de déficit para o cuidado.

A fim de satisfazer os requisitos de autocuidado do cliente, a teoria de Orem classifica em 3 os sistemas de enfermagem:

➡ **TOTALMENTE COMPENSATÓRIO:** É aquele onde o cliente ou agente do cuidado dependente é incapaz de realizar as atividades de autocuidado, sendo completamente dependente da enfermagem.

➡ **PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO:** É quando tanto enfermeira quanto o cliente/agente de cuidado executam medidas e ações para o autocuidado.

➡ **SISTEMA DE APOIO E EDUCAÇÃO:** É quando a pessoa consegue realizar as atividades para o auto cuidado, porém deve aprender como realizar as medidas para o cuidado terapêutico externamente ou internamente orientado pela enfermagem.

O Planejamento Familiar está na Teoria do Sistema de Enfermagem, representado pelos sistemas parcialmente compensatórios (que inicia-se com consultas de enfermagem onde enfermeiro e cliente trocam as primeiras informações); e de apoio e educação (realizados nos grupos e/ou individualmente em encontros) .

3.4 CONCEITOS PRINCIPAIS DO MARCO CONCEITUAL

O conceito adotado segue o que Patrício (1990, p. 06) descreve como sendo “uma idéia, ou um conjunto de idéias organizadas que representa, que dão significado próprio à imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois relaciona-se com outros conceitos. Pode ser modificado continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita ao interagir com o mundo, incluindo o mundo das idéias. Desta forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente, em

razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico”.

A Teoria do Autocuidado proposta por Dorothea E. Orem, segundo Foster & Janssens (1993), possui conceitos fundamentais em seu marco conceitual, a estes buscamos adaptar a prática assistencial do planejamento familiar.

Ser Humano: o ser humano é um todo integrado, uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente, em íntima relação com o meio ambiente.

Neste estudo os seres humanos focalizados foram mulheres/parceiros, que residem na área de abrangência da Unidade de Saúde de Vila Manaus/Criciúma-SC, que procuram o serviço de planejamento familiar. Estes são seres humanos que possuem individualidade, conhecimento prévio, valores e crenças, com capacidade para autocuidar-se e fazer escolha.

Outros seres humanos de fundamental importância nesse processo foram os membros da equipe de saúde, que atuaram na assistência, compartilhando informações através de consultas, visitas domiciliares e nas atividades sobre planejamento familiar.

Auto Cuidado: É a prática de ações voluntárias de um adulto para a regulação do próprio funcionamento e desenvolvimento, frente a situações ambientais, que é necessário para este indivíduo manter a vida, saúde e

bem estar. São ações que têm padrão e sequência e quando realizadas de forma efetiva, contribuem de maneira específica para a manutenção da integridade, do funcionamento e desenvolvimento do ser humano (Santos apud Orem, 1991).

O trabalho planejado para a comunidade de Vila Manaus/Criciúma-SC, voltou-se para a educação da mulher/parceiro ao autocuidado, visando principalmente orientar e esclarecer sobre os métodos contraceptivos, bem como, sobre as vantagens do planejamento familiar. Habilitando a mulher/parceiro a realizar um autocuidado consciente e livre na decisão de ter ou não ter filhos, sobre os métodos contraceptivos mais adequados ao casal e o espaçamento entre uma gestação e outra.

Enfermagem: De acordo com Santos apud Orem, (1991), “enfermagem é serviço, arte e tecnologia que tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto cuidar-se e a provisão e a manutenção desse autocuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou dano e enfrentar seus efeitos.”

Foi de fundamental importância a atuação da enfermagem neste trabalho sobre planejamento familiar, visando compartilhar e assistir a clientela de acordo com suas necessidades. Para tanto, busca e utiliza conhecimentos técnicos e científicos disponíveis.

Saúde: Orem (apud Foster e Janssens, 1993, p.96) apoia a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS “como o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença”. Apresenta ainda que, “a saúde, os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis do indivíduo, e que os cuidados de saúde incluem a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou ferimento (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária)”.

Acreditamos que além disso, saúde, é a condição de equilíbrio harmônico e dinâmico do ser humano buscando o bem-estar em qualquer período de seu ciclo vital.

Meio ambiente: “refere meio ambiente como um conceito separado, como relativamente insignificante, no modelo teórico proposto por Orem. Tal interpretação depreende-se do fato de ser este conceito, considerado um sub-conceito de ser humano, já que para a teórica o ser humano e o meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Dentro desta teoria meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas-ambientais, e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema

(ser humano / meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado” (Santos, baseado em Johnston. 1991, p.100).

Neste estudo, vimos o meio ambiente como um forte influenciador nas atitudes do ser humano, pois refere-se ao conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural, onde a mulher/parceiro estão inseridos. O meio físico e geográfico inclui componentes bióticos (flora e fauna) e abióticos (solo, ar, água, luz, temperatura, sais minerais, energia e demais elementos da superfície terrestre e do universo). O contexto sócio-cultural é representado pelo conjunto de sistemas: social, cultural, econômico, político e religioso em um dado momento histórico, em uma determinada sociedade.

Vimos que, também, o contexto sócio-cultural exerce influência no modo de pensar e agir dos indivíduos. Assim, o programa de planejamento familiar deve, na medida do possível, se adaptar as crenças, valores e estilo de vida de cada indivíduo. Este, não deveria ser único para toda comunidade, mas sim específico para cada membro.

Sociedade: o conceito de sociedade é referido como comunidade, um grupo de pessoas que compartilham, não somente uma área geográfica e um meio comum, mas também de um interesse comum, nas instituições que governam e regulam seus modos de vida (George apud Orem, 1993).

“Sociedades especificam as condições que as tornam legítimas para que seus membros procurem vários serviços humanos necessários às atividades de autocuidado” (Santos, 1997, p.101/102). Em relação à força e a eficácia da enfermagem como um serviço na comunidade, Orem, acredita que depende dos valores da comunidade. Entre os deveres sociais dos enfermeiros, enfatiza que os mesmos focalizam-se na manutenção do autocuidado.

A comunidade de Criciúma, atualmente, é vista como um conjunto de indivíduos, com sua cultura, personalidade, crenças e valores. Estes devem ser respeitados na sua individualidade como seres únicos, dentro do contexto social e familiar, nos quais o processo saúde-doença passa a ter um significado diferente.

A base da sociedade cricumense é composta principalmente por descendentes de imigrantes europeus. Sua economia gira em torno, principalmente, das indústrias de extração de carvão mineral, cerâmica de revestimento e têxtil. Com a ida da mulher para o campo de trabalho, o núcleo familiar sofre reestruturações, no qual a mulher deixa de ser apenas esposa, mãe, dona de casa e cuidadora para inserir-se no mercado de trabalho, visando contribuir com a renda familiar. Com isso, o planejamento familiar passa a se constituir uma necessidade, exigindo métodos mais precisos.

4. METODOLOGIA

Utilizamos a Metodologia Problematizadora como estratégia para o desenvolvimento do trabalho, e através de sua aplicação na prática assistencial do Planejamento Familiar, buscamos reconhecer a realidade da clientela envolvida, evidenciar suas principais necessidades e desenvolver um ações, visando contribuir com a viabilização do Planejamento Familiar a partir da realidade, tornando-as aptas à desenvolverem o autocuidado.

Metodologia para Monticelli & Silva (1997), “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade que inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitarão a construção da realidade e ainda o potencial criativo do investigador”.

4.1 METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

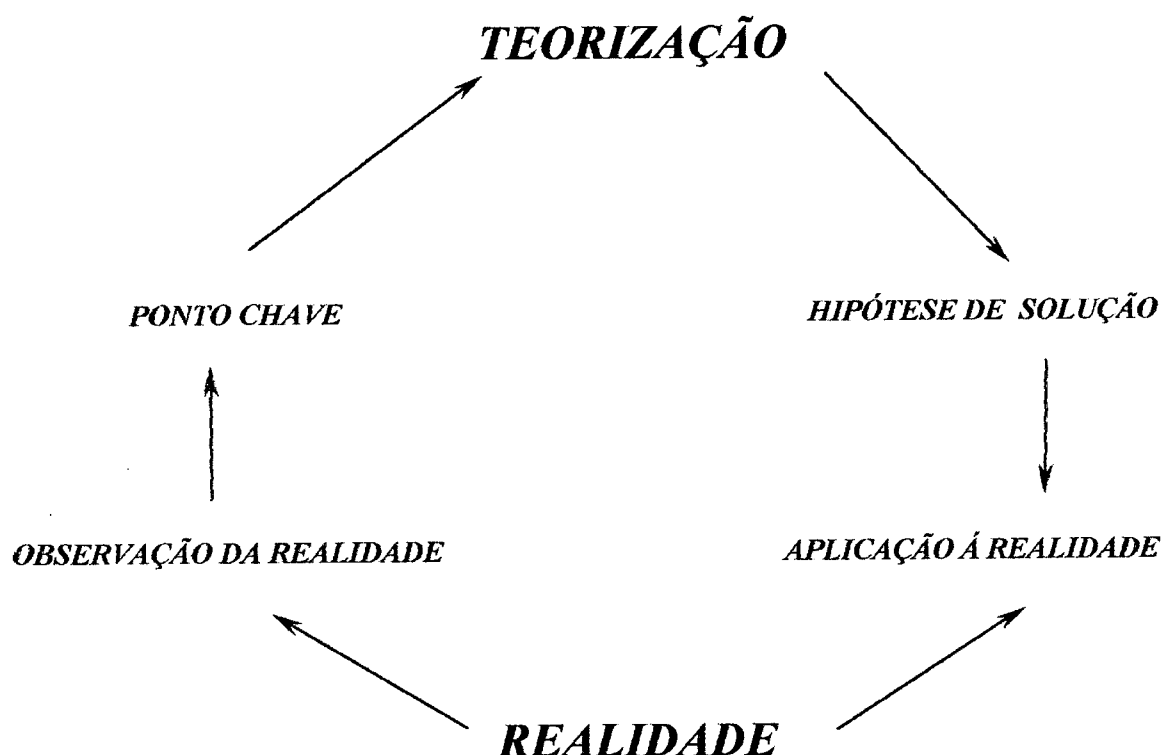
O método da problematização parte do princípio de que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou

idéias, nem os compromissos corretos e fáceis que se esperam, mas sim o aumento da capacidade de percepção da transformação social para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas (Bordenave; 1989).

Trabalhar nessa direção implica favorecer situações de ensino-aprendizagem contextualizadas, apresentando os novas possibilidades, potencialmente significativas, de forma articulada, com coerência lógica e, para isso, é fundamental considerar o que a clientela já sabe. A partir daí, pelas situações de ensino-aprendizagem constrói-se a interação entre os conhecimentos já presentes, e as novas informações.

Para efetivação do método de ensino e significativa aprendizagem é preciso que a mulher/parceiro tome os conteúdos como problemas. O problema no âmbito prático ou teórico, caracteriza uma situação que envolve múltiplas possibilidades ou alternativas para a sua solução.

Bordenave (1996) afirma, que pela sua essência, a educação problematizadora não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas. É orientada por alguns princípios: a percepção da realidade, o protagonismo do cliente e o trabalho em grupo. O que temos na educação problematizadora é uma “trajetória pedagógica”, que pode ser representada esquematicamente pelo arco proposto por Charlés Magueréz apud Bordenave (1994, p. 209).



O processo começa com a exposição da clientela, individualmente ou em grupo, a um problema de sua realidade próxima. A isso é chamado de observação da realidade. Ao observar a realidade, as pessoas envolvidas, expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira leitura “sincrética” ou ingênua da realidade (SÍNCRESE). A partir dessa observação, estes devem, procurar distinguir o que é secundário daquilo que é relevante na observação feita. Separam o que é verdadeiramente importante do que é puramente superficial, identificando assim, os pontos chaves do problema em questão. Esses pontos-chaves são entendidos como as variáveis mais determinantes da situação; aqueles que, se modificados,

modificariam a realidade observada, podendo então, resultar na solução do problema apontado (Bordenave, 1991, Bordenave, 1994, 1996;).

Num terceiro momento a clientela passa a perguntar o porquê, buscando as explicações para cada ponto-chave. É o momento da teorização, buscamos uma explanação teórica para o problema, recorrendo à leituras, pesquisas e estudos, ou seja, à contribuição que a ciência pode dar ao esclarecimento do assunto (ANÁLISE). Na teorização, a clientela obtém o entendimento do problema, tanto em suas manifestações empíricas ou situacionais, como, também, em seus princípios teóricos explicativos (Bordenave, 1991, Bordenave, 1994; 1996;).

A etapa posterior é aquela em que os mesmos confrontam a realidade com sua teorização, formulando as hipóteses de solução.

Após analisar a viabilidade das hipóteses, as pessoas envolvidas vão construindo novos conhecimentos aplicados à realidade, fazendo exercícios, aprendendo a generalizar para utilização em diferentes situações, bem como, a discriminar as circunstâncias possíveis ou convenientes para aplicação da solução escolhida. É a etapa final denominada como SÍNTESE (Bordenave, 1991).

Utilizamos neste trabalho a união da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem com a Metodologia Problematizadora, pois através da aplicação, desta última, reconhecemos os problemas, as crenças, os valores e conhecimentos, da população envolvida, possibilitando assim, a partir dos

problemas evidenciados, e com a aplicação da prática, nas etapas do arco da problematização, que as pessoas envolvidas no trabalho pudessem exercer o autocuidado.

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CAMPO DE ESTÁGIO

4.2.1 O MUNICÍPIO DE CRICIÚMA

De acordo com o Plano Municipal de Saúde/1997-2000 de Criciúma, sua colonização ocorreu com o ciclo da imigração européia no século XIX, com a fundação e ocupação efetiva em 6 de janeiro de 1880. Foi colonizada inicialmente por imigrantes italianos, depois vieram os poloneses, alemães, portugueses e negros. Estas cinco etnias são traço marcante da cultura local.

Três fatores entretanto, surgiram para alterar o modo de vida dos colonizadores:

- A descoberta do carvão de pedra, ocorrida por acaso em 1913, cuja exploração foi iniciada em 1917;
- A construção do ramal (mais tarde tronco) da estrada de ferro Dona Tereza Cristina;
- A criação do município em 1925.

Atualmente, Criciúma possui 170.204 habitantes (IBGE, 2000).

Como características geográficas Criciúma apresenta um relevo heterogêneo, com áreas planas e outras fortemente onduladas. Sua altitude média é de 50m. em relação ao nível do mar, do ponto de vista geológico, encontramos áreas formadas no período carbonífero; daí a ocorrência das jazidas de carvão.

O clima é subtropical, tendo um verão quente e o inverno caracterizado pela passagem de frentes frias que causam geadas. Quanto a hidrografia, o acidente geográfico de maior importância é o Rio Mãe Luzia, cujas nascentes se situam nas encostas da Serra Geral. O fornecimento de água potável à população é feito aproveitando-se as águas do Rio São Bento (município de Nova Veneza).

As terras do município estão compreendidas no agrupamento denominado Mata Tropical Atlântica, desmatadas pela ocupação humana e reflorestadas com eucaliptos, pinheiros e acácias. Criciúma está localizado no sul do estado de Santa Catarina. Integra a Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC.

Tem como limites:

Norte – Siderópolis e Morro da Fumaça;

Sul – Araranguá;

Leste – Içara;

Oeste – Nova Veneza e Forquilha.

Possui uma área de 209,20 km² .

As principais atividades econômicas do município atualmente são a indústria cerâmica, do vestuário, de calçados, construção civil, extração do carvão, comércio e prestação de serviços.

A rede de serviço público de Criciúma possui 39 unidades básicas de saúde e destas; 19 possuem implantada a estratégia da Saúde da Família. Nas 20 unidades básicas restantes, são realizadas atividades de enfermagem e clínica geral, seguindo a lógica do atendimento à demanda espontânea; sendo que 6 unidades possuem também o atendimento em Ginecologia e Obstetrícia e 14 unidades em Pediatria.

4.2.2 LOCAL DE ESTÁGIO

O bairro Vila Manaus, pertencente ao Município de Criciúma-SC, conta com aproximadamente 5.000 habitantes.

O atendimento básico de saúde dessa comunidade funciona desde 1983. Inicialmente, funcionava no Centro Comunitário junto a uma creche, contava com o serviço de um médico de 4 horas diária, alguns dias por semana e duas atendentes de enfermagem, que realizavam consultas médicas, imunização e assistência básica de enfermagem.

A partir de agosto de 1994, implantou-se o PSF (Programa de Saúde da Família). Em julho de 1995, inauguraram a nova Unidade Básica de Saúde Vila Manaus, localizada na rua 7, s/n, com espaço físico adequado para um melhor atendimento à comunidade.

Desde então o atendimento é diário (8 horas/dia), trabalhando sempre com uma equipe de (01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem, 03 agentes comunitários e 01 serviços gerais).

São desenvolvidos programas (Imunização, Preventivo do Câncer Ginecológico, Planejamento Familiar, Gestantes, Programas de Ações Preventivas quanto à Puericultura e Crianças Menores de 5 anos, Programa de Interação Domiciliar, Programa SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) entre outros, que tem contribuído com a melhoria da saúde e as condições de vida da população.

A unidade é composta por:

- 01 sala de reuniões;
- 01 consultório odontológico;
- 01 consultório de enfermagem e preventivo do Câncer de colo;
- 01 consultório médico;
- 01 sala para farmácia e esterilização;
- 01 sala de vacina;

- 01 sala para nebulização e acompanhamento antropométrico de crianças;
- 01 copa;
- 01 banheiro para comunidade;
- 01 banheiro para os funcionários;
- 01 sala de espera;
- 01 sala de pré- consulta;
- 01 sala para agendamento e agentes comunitários;
- 01 sala séptica;
- 01 sala de coleta de material para exames laboratoriais.

(Anexo planta do posto)

4.2.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo deste trabalho foram mulheres/parceiros em idade fértil (15 a 49 anos de idade) cadastradas ou não no Programa de Planejamento Familiar da Unidade de Saúde Vila Manaus, com interesse em participar dos grupos de Planejamento Familiar desenvolvidos na unidade.

4.2.4 ESTRATÉGIA PARA BUSCA DA REALIDADE

Grupos de Planejamento Familiar: Esses grupos eram realizados semanalmente nas quintas-feiras, no período matutino e vespertino, favorecendo a presença das mulheres as quais optavam pelo melhor horário. Nesses grupos, desenvolvíamos os pontos chaves predeterminados pelas mulheres nos grupos anteriores, e as mesmas determinavam o ponto chave a ser trabalhado no grupo seguinte, conforme preconiza a Metodologia Problematicadora.

Visitas Domiciliares: Nas visitas, observávamos as condições de infra-estrutura, moradia e sócio-culturais das pacientes, para a partir desta realidade, definirmos as possíveis hipóteses de solução. Estas visitas serviram também para estimularmos as mulheres a participarem dos grupos.

Questionário: Estes questionários foram aplicados durante a visita domiciliar e serviram para compilar os dados obtidos neste trabalho

Diário de Campo: Neste, anotávamos as atividades realizadas, o desenvolvimento dos grupos, dados das visitas domiciliares e número de questionários aplicados, servindo de apoio para o desenvolvimento do trabalho e da avaliação quanto ao alcance dos objetivos.

5. REVISÃO DA LITERATURA

Nos últimos três séculos nasceu aproximadamente um quarto da população que viveu na terra. É uma convicção dos antropólogos que desde o tempo do paleolítico nossos antepassados reconheciam o ato sexual como a causa da gravidez e realizavam na medida que lhes era possível fazer, um controle do crescimento do número de população (Zanconato, s.d, p.11).

Em algumas tribos indígenas, que se mantiveram em condições de primitividade, ainda hoje, como na antigüidade, atribuem o poder fecundativo ao vento, ao mar, ou a qualquer divindade. (Zanconato, s.d, p.11).

Desde quando o homem começou a deixar documentos até os dias atuais, estes descrevem maneiras de como os homens influenciam sua fertilidade com métodos as vezes mágicos, ou baseados em uma lógica “natural”.

5.1 RESGATE HISTÓRICO

Segundo Zanconato et al (s/d), descreveremos alguns aspectos históricos sobre concepção e contracepção, vividos por povos passados.

- **Egito e Israel na antigüidade:** Antigamente, no Egito, a saúde e várias funções do corpo eram atribuídos a seres sobrenaturais. Os casos obstétricos e ginecológicos eram particularmente atribuídos a divindades: Existia a deusa do parto, a deusa da lactação, outra da qual dependiam os problemas do corpo e também uma para a personalidade do bebê.

O documento que se considera mais antigo e que fala da anticoncepção é um papiro de 1850 a.C.

Também é conhecida a existência de outro papiro do ano de 1550 a.C. onde se fala de uma prática anticonceptivo cuja eficácia durava 3 anos e, que consistia em um tampão de gaze empapado em uma mistura de mel e ramas de acácia. Conhecia-se, também, naquela época, que as folhas de acácia, fazendo-as fermentar, produzem ácido láctico que atuava como anticonceptivo. Outro método, ainda utilizado hoje, era a prolongação da lactação. As mulheres amamentavam seus filhos por longos períodos, pois não era permitido “produzir” mais de um filho antes de um período menos que 3 anos.

Neste período, praticava-se também a remoção dos testículos e ovários. Se sustenta que o motivo principal desta prática anticonceptiva e da castração das mulheres fosse o de preservar a beleza feminina, da qual existia um verdadeiro culto.

Conforme Zanconato (s/d), relata em seu texto, Moisés e sua mulher foram estudiosos da escola de Medicina de Heliópolis e que adquiriram seus princípios médicos e de anticoncepção que aparecem na cultura hebreia. Entre os ensinamentos do Patriarca estava a de considerar o período menstrual ou perimenstrual como impuro e, portanto, suas leis proibiam as relações sexuais durante este período.

Naquele tempo pensava-se que o período fértil era o perimenstrual.

Os antigos hebreus também acreditavam que o sêmen podia ser removido da vagina depois do ato sexual. Assim as mulheres agitavam seu corpo e executavam movimentos violentos para que o sêmen fosse eliminado.

- **Nos tempos da Grécia e Roma:** Nestes, os métodos contraceptivos eram tão sofisticados como os usados na Europa antes do início do século XIX.

Em Esparta não existia atitude alguma de vida em núcleo familiar e o matrimônio existia exclusivamente com a finalidade de procriar novos cidadãos, indispensáveis à sobrevivência do Estado e a seu exército.

Os costumes dos atenienses foram menos rígidos que os dos espartanos. De todas as maneiras os gregos foram os primeiros a interessarem seriamente no controle do crescimento da população.

Platão (427 – 347), sugeria que a reprodução deveria ser controlada pelas leis do Estado, e que o homem tivera filhos somente entre os 25 e 35 anos de idade, e as mulheres entre 20 e 40 anos.

Em caso de superpopulação, o controle era feito por meio de infanticídio e aborto, em caso contrário estimulava-se a fertilidade.

Para Aristóteles (384 – 322), o matrimônio era visto com maior benevolência, de todas maneiras, também sustentava com ênfase que a fertilidade devia ser controlada: o número de filhos teria que ser proporcional aos recursos da família. A homossexualidade era muito popular no esplendor máximo da Grécia, e isto também, de algum modo limitou o número de nascimentos.

A cultura grega geralmente dava pouca importância a contribuição da mulher na procriação: a mulher era tida como receptáculo onde o sêmen masculino se desenvolvia.

Não existiam idéias claras nem se quer sobre a estrutura do útero.

O primeiro autor grego que tratou sobre os métodos anticonceptivos parece que foi Aristóteles: ele aconselhava cobrir o colo e a vagina com um “ungüento” oleoso.

Outra autoridade do mundo grego em matéria de anticoncepção foi Soranos, que no século II d.C. foi o primeiro a sugerir o método da abstinência das relações no período fértil, que sustentava ser o período perimenstrual.

A medicina da Roma antiga derivou em grande parte da cultura grega e foi um tempo em que muitos médicos gregos praticaram sua arte na capital do Império. Se sabe que em Roma eram muito populares as práticas abortivas e se verificavam casos de infanticídio.

• **A Idade Média:** Na Idade Média os conhecimentos dos métodos anticonceptivos eram muito escassos. Se inicia no período das cruzadas a introdução do primeiro método feminino exclusivamente de barreira: O cinturão de castidade (**anexo pág. 112**).

Considerando o comportamento da Igreja durante estes séculos em relação a todo o tocante à esfera sexual do homem, se pode explicar porquê a anticoncepção era pouco difundida.

Muitos séculos depois, Santo Tomás de Aquino (1225 – 1274), confirmou a posição da Igreja, condenando a anticoncepção como uma prática “contra a natureza”, e sua opinião foi assim parte da doutrina católica modificando-se posteriormente, muito pouco. Santo Tomás de Aquino nunca foi um homem de medicina e não é possível entender a

história da anticoncepção durante a idade média se não reconhecer a influência que tiveram suas teorias na doutrina católica e através da igreja, sobre as massas.

Entre as autoridades que sobressaíram durante o século X e XV no campo da medicina se encontra Alberto El Grande (1193 – 1280), maestro de Santo Tomás de Aquino, que escreveu sobre filosofia, teologia, ciências naturais e anticoncepção. Sobre este último, ele acreditava que: uma mulher podia evitar a gravidez cuspendo três vezes na boca de uma rã ou também nutrindo-se de abelhas; que alcançando o orgasmo durante as relações sexuais favoreciam a concepção.

Contudo, na idade média, o uso de práticas anticonceptivas não desapareceu. Ainda que os costumes econômicos, sociais e religiosos da população favoreciam as famílias numerosas, continuou-se usando os remédios populares transmitidos verbalmente ou descritos na literatura médica.

- **Do Renascimento aos Tempos Modernos:** O século XVI foi o século do “despertar”. As viagens feitas ao Novo Continente, a invenção da imprensa, o florescimento e divulgação das artes e das ciências e dos estudos filosóficos ampliaram os horizontes do homem e marcaram o início da idade moderna.

É nesta época que se atribuem a primeira descrição do “condon” descrito como um sistema eficaz para evitar o contágio venéreo: se tratava de um “*linteolun ad mensuram glandis*” que se colocava sobre a glândula e era uma parte coberta pelo prepúcio.

Passaram-se só alguns anos para que fosse reconhecida a eficácia do tecido de linho para evitar a gravidez. Em tempos sucessivos o condon se obtinha do intestino seco de bovinos. Este tornou-se disponível ao público desde a metade do ano 1600 em Paris e Londres, e no ano de 1700 se vendia muito na Europa, Portugal, Itália e outros lugares.

Em geral, o desenrolar da anticoncepção foi muito lento nos séculos XVI e XVII. Motivos políticos, morais e de conformismo fizeram com que nos textos se discutisse mais como assegurar a concepção que a maneira de preveni-la.

- **Os séculos XIX e XX:** A evolução científica da anticoncepção chegou ao máximo em 1800, no entanto a maioria da classe médica tendia a ignorar o problema do controle de nascimento.

É importante recordar que durante o século XIX, começou a produção em série dos métodos anticonceptivos dotados de certa eficácia, que se traduzem em redução do custo e portanto uma difusão em grande escala.

As etapas que marcaram o caminho para uma anticoncepção mais segura e disponível às massas foram principalmente as seguintes:

- A ducha vaginal;
- O diafragma (**anexo pág 112**), descrito pela primeira vez em 1838 por Friedrich Wilde;
- Os espermicidas, que começaram a ser comercializados em 1885 por um farmacêutico londrino.
- DIU (Dispositivo Intra Uterino), com notável importância para sua evolução nos anos 60.

“Em 1950, Gregory Pincus, diretor de um centro de biologia experimental, se encontra com Margareth Sanger, um dos personagens mais importantes no processo de divulgação da anticoncepção. O Dr. Pincus convencido pela Sra. Sanger, insatisfeita dos métodos disponíveis, dirige seus estudos em uma direção particular: ele era da idéia que o modo mais seguro para evitar uma gravidez consistia em prevenir a ovulação mediante o uso de uma substância ativa por via oral” (SOS. Recife, 1983, p.49).

Após estudos, a pílula obtida se torna eficaz e é posteriormente posta a venda com o nome de ENOVID.

Este evento assinala o início da anticoncepção oral. Seguidamente os anticonceptivos hormonais têm um grande desenvolvimento tanto em seu estudo como em sua aplicação: em 1963 foi produzida a primeira variante,

a pílula seqüencial, por conseqüente, surge a era da “minipílula” (SOS. Recife, 1983, p.49).

5.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Considerando que o crescimento demográfico e o aumento da pobreza geraram, no Brasil e no mundo, o agravamento das condições de vida da população. A chamada “explosão demográfica” passou a ser preocupação expressa no discurso dos líderes políticos do mundo capitalista, evidenciando-se o interesse de se conhecer mais detalhadamente o processo de fecundidade humana e suas implicações na dinâmica demográfica.

Segundo Guertechin & Pêgo (1987) o Brasil, historicamente, é tido como um país que adota uma política pró-natalista em matéria de população, quer em nome do respeito à tradição católica do povo brasileiro, quer pelas dimensões de seu território e a conseqüente necessidade de ocupação dos espaços vazios. Isto, entretanto, não significa que a questão demográfica não tenha se apresentado como problema no curso da história do país.

A implantação dos serviços de planejamento familiar no país foi iniciada em 1965 seguindo a estratégia política das instituições

internacionais.

A primeira instituição a desenvolver programas de planejamento familiar no Brasil foi a BENFAM (Sociedade do Bem-Estar da Família) criada em novembro de 1965, quando um grupo de médicos apresentou, durante o Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, realizado no Rio de Janeiro, a proposta de que se deveria implantar no país um serviço de Planejamento Familiar como uma forma de reduzir o número de abortos provocados, que levavam muitas mulheres à morte e sobrecarregavam os serviços de assistência médica, previdenciária e beneficente (Rodrigues, 1990)

Com a institucionalização do planejamento familiar através do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) e da nova Constituição brasileira, entendeu-se que os custos dos programas devem ser agora de responsabilidade do Governo Federal, que deve prover recursos para pagar o pessoal e o material contraceptivo. As instituições privadas de planejamento familiar vão se encarregar apenas do treinamento de profissionais dentro da teoria e da tecnologia desenvolvidas nos centros internacionais (Rodrigues, 1990)

A maioria das normas de planejamento familiar tem sido articulada em termos de saúde. Ainda assim, a Constituição declara que as decisões sobre o planejamento familiar “ são para serem feitas livremente pelos

casais, e é incumbente o estado de prover... meios para o exercício deste direito...”. Esta obrigação constitucional deveria presumidamente incluir o planejamento familiar, porém, os programas de planejamento familiar patrocinados federalmente são limitados.

O planejamento familiar está definido, para o Estado, na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que em seu capítulo 1º, Art. 2º estabelece: “ Entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Diário Oficial, 15 de janeiro de 1996). O artigo 9º desta legislação prescreve que “para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”.

Apesar da constituição garantir os direitos dos casais ao planejamento familiar e de assistir os casais em conseguir este direito, o governo não está envolvido em um extensivo sistema público nem na entrega de contraceptivos e nem no subsídio de fabricação de contraceptivos.

A falta de um programa de planejamento familiar nacional tem resultado em subsídios federais não intencionado e regulamentos que tem

sido usados para a entrega específica de métodos de contraceptivos.

Segundo Rodrigues (1990 p.35) “hoje as instituições de Planejamento Familiar fazem absoluta questão de traçar diferenças entre as terminologias Planejamento Familiar e Controle de Natalidade, de acordo com as políticas de população definidas em cada país, reservando o termo **controle de natalidade** para rotular os programas oficiais que têm claramente metas demográficas, como os da china e da Índia. Enquanto isso, todos os programas que são conduzidos com o nome de **Planejamento Familiar** visariam apenas a erradicação do aborto, e a democratização do uso de modernos métodos de contracepção.

Deve-se enfatizar que, planejamento familiar, não se restringe apenas a opção de não ter filhos ou em não os ter em determinado momento, mas também quando os casais decidem aumentar a família. De forma geral, planejamento familiar significa oferecer aos casais meios que possibilitem planejar o tamanho de suas famílias, decidindo quando e quantos filhos desejam ter, por meio da oferta de orientações e de métodos anticoncepcionais eficazes e seguros, respeitando a liberdade de escolha de cada um.

O planejamento familiar é uma política de saúde que prevê ações médico-social com o objetivo de promover a saúde do binômio mãe-filho e a qualidade de vida familiar a partir da premissa de que o casal tem livre

arbítrio para decidir sobre o número de filhos que deseja ter e o intervalo de tempo que deve haver entre uma concepção e outra.

5.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Atualmente, todos reconhecem o direito que têm os casais, de planejar suas famílias. Estes, devem exercer sua paternidade de forma responsável, fazendo uma escolha adequada para conseguir uma gravidez ou para retardá-la. O casal tem o direito e o dever de se informar amplamente sobre os vários métodos que existem. Só assim estará em condições de poder escolher de maneira livre o método que verdadeiramente atenda as necessidades do casal. Ninguém deve impor, nem ninguém deve aceitar, o uso de um método de planejamento familiar, se previamente não se informa adequadamente sobre o mesmo, isto é, sobre as indicações e contra-indicações do método eleito.

A seguir explicaremos alguns dos métodos mais comuns conforme preconizado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996.

MÉTODOS NATURAIS

São técnicas utilizadas para espaçar a gravidez, através da auto-

observação de sinais e sintomas que ocorrem de forma natural no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. Baseia-se na identificação do período fértil e na abstinência sexual neste período.

Para a determinação do período fértil são empregadas três hipóteses cientificamente aceitas:

1. A liberação do óvulo ocorre entre 11 e 16 dias antes do início da menstruação;
2. óvulo, após ter sido liberado, têm uma sobrevivência de aproximadamente 24 horas;
3. O espermatozóide, após sua inoculação no trato genital feminino, tem capacidade para fecundar um óvulo no período de 48 a 72 horas. Permanece em condições de fecundidade até 8 horas, na vagina.

Os métodos contraceptivos naturais atualmente conhecidos são:

✦ **Método de Ogino-Knaus (calendário ou tabelinha)**

É resultante de estudos realizados por Ogino no Japão e Knaus na Austrália. Baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatório) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação.

a) Técnica de Uso:

→ Identificar o primeiro dia do ciclo (1º dia da menstruação) e anotar em um calendário durante 6 a 12 meses;

→ Identificar o maior ciclo: ex.: 31 dias;

→ Identificar o menor ciclo: ex.: 25 dias;

→ Calcular a diferença entre o maior e o menor ciclo. Se for 10 dias ou maior, a mulher não deve utilizar este método, pois seu ciclo é considerado irregular;

→ Se o ciclo for regular (diferença menor 10 dias), proceder da seguinte maneira:

- Diminuir 18 (uma constante obtida da relação $14 + 4 =$ Variação da vida do espermatozóide) do menor ciclo para identificar o 1º dia do período fértil. Ex.: $25 - 18 = 7^\circ$ dia do ciclo é o 1º dia fértil.

- Diminuir 11 (uma constante obtida da relação $14 - 3 =$ Variação da vida do óvulo) do maior ciclo, para identificar o último dia do período fértil. Ex.: $31 - 11 = 20^\circ$ dia do ciclo é o último dia do período fértil.

- O período de abstinência sexual no exemplo utilizado vai do 7º ao 20º dia do ciclo menstrual.

b) Contra-Indicação:

As situações que contra-indicam o uso do método por diminuírem a

margem de segurança são:

- Ciclo menstrual irregular;
- Primeiros anos de adolescência;
- Pré-menopausa;
- Pós-aborto imediato;
- Primeiros ciclos após o uso de contraceptivos hormonais;
- Amenorréia;
- Lactação.

c)Eficácia:

Entre usuários perfeitos, a falha é de 9% ao ano.

d) Atuação do Profissional de Saúde:

❖ Primeira consulta:

- elaborar com a mulher, e/ou ensinar-lhe a fazer, o cálculo de sua tabela, sempre com base nos 6 a 12 ciclos mais recentes, que devem estar marcados no calendário;
- orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital no período fértil lembrando que a eficácia do método depende da participação de ambos;
- alertar a usuária para o fato de que cada mulher tem um padrão menstrual próprio e que os cálculos devem ser individualizados, portanto a tabela de uma mulher não serve para outra;

- recomenda-se especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual (doenças, viagens, stress, depressão, mudança de último trabalho, entre outro).

❖ **Consulta de retorno:**

Pode ser feitas por qualquer elemento da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.

e) Periodicidade:

- Primeiro retorno depois de um mês;
- Retornos subsequentes de 6 em 6 meses.

f) Atividades Específicas:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade do casal em cumprir as instruções de uso do método;
- Refazer os cálculos, com a usuária, a cada 6 meses, sempre com base nos últimos 6 a 12 ciclos;
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.

✦ **Método da Temperatura Basal Corporal**

Este método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal, do corpo em repouso, que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual.

Antes da ovulação, a temperatura basal corporal permanece em nível baixo; após a ovulação, ela se eleva ligeiramente (alguns décimos de grau

centígrado), permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito hipertérmico.

a) Técnica de Uso:

→ A partir do primeiro dia do ciclo menstrual, verificar diariamente a temperatura basal pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de 3 a 5 horas, procedendo da seguinte forma:

- Usar um termômetro comum para a medida da temperatura. O termômetro deve ser sempre o mesmo (no caso de quebra ou qualquer outro dano, anotar o dia de sua substituição);
- A temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal. A temperatura oral deve ser verificada colocando-se o termômetro embaixo da língua e mantendo-se a boca fechada, pelo tempo mínimo de 5 minutos. A temperatura retal ou vaginal deve se verificada por no mínimo, 3 minutos.

Uma vez escolhida a via de verificação da temperatura, esta deve ser mantida durante todo ciclo;

- A temperatura deve ser verificada sempre no mesmo horário (ao acordar), já que a verificação efetuada uma hora antes ou depois da habitual certamente afetará o resultado do gráfico.

→ Registrar a temperatura observada a cada dia do ciclo menstrual em

papel quadriculado comum ($0,5\text{cm} = 0,1^{\circ}\text{C}$). Ligar os pontos referente a cada dia, formando uma linha que vai do 1° ao 2° ao 3° etc. cada ciclo menstrual terá seu gráfico próprio de temperatura basal corporal.

→ Verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura basal por 4 dias no período esperado da ovulação.

→ Reconhecer que a diferença de no mínimo $0,2^{\circ}\text{C}$ entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem indica a mudança da fase ovulatória para a fase pós-ovulatória do ciclo menstrual, durante a qual a temperatura se manterá alta, até a época da próxima menstruação. O período fértil termina na manhã do 4° dia em que for observada a temperatura elevada.

→ Par facilitar a interpretação do gráfico, pode-se traçar uma linha base da seguinte forma:

- Constatar, no mínimo, seis temperaturas baixas consecutivas durante a fase pré-ovulatória;
- Riscar a linha base, no sentido horizontal, $0,5\text{ cm}$ acima da mais alta dessas seis temperaturas
- O período infértil começa na manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta acima da linha de base.

→ Abster-se das relações sexuais com contato genital durante toda a primeira fase do ciclo (pré-ovulatório) e até a manhã do dia em que se

verificar a quarta temperatura alta acima da linha base, principalmente durante os primeiros meses de uso do método.

Posteriormente, sendo possível prever a data da ovulação com base nos registros anteriores, a abstinência sexual pode ficar limitada ao período de 4 a 5 dias antes da data prevista da ovulação e até a manhã do 4º dia de temperatura alta.

→ Atentar para os seguintes fatores que podem alterar a temperatura basal, registrando-os no gráfico quando ocorrerem.

- mudanças no horário de verificação da temperatura;
- ingestão de bebidas alcoólicas;
- recolher-se tarde da noite para dormir;
- perturbações do sono, sono interrompido;
- doenças como resfriados, gripes ou outras infecções;
- mudanças de ambiente;
- perturbações emocionais, fadiga, stress, entre outros;
- refeições muito próxima do horário de dormir.

b) Contra-Indicação:

- amenorréia
- irregularidade menstruais
- alterações psíquicas que impeçam o uso correto do método
- stress

- mulheres cujo período de sono seja interrompido ou irregular, não permitindo um repouso de pelo menos 3 horas antes de medir a temperatura
- pré-menopausa

c) Eficácia:

O índice de falha é de 20% ao ano.

d) Atuação do Profissional de Saúde:

❖ Primeira Consulta:

Explicar minuciosamente, e discutir com a mulher, a técnica de uso do método.

Solicitar que a mulher elabore o registro da temperatura basal durante um ciclo, abstendo-se de relações sexuais.

Caso a mulher apresente dificuldade para traçar o gráfico, solicitar que ela simplesmente anote os dias com as respectivas temperaturas e traga essas anotações ao serviço de saúde, para elaborar o gráfico com o profissional de saúde.

Recomendar especial atenção a fatores que possam influir nos valores da temperatura basal, solicitando à mulher que anote sua ocorrência no gráfico.

❖ Primeiro retorno: 1 mês após a 1ª consulta:

Avaliar a qualidade do registro e a capacidade de sua interpretação

antes desta data até a manhã do 4º dia depois da elevação da temperatura.

Reforçar as recomendações iniciais.

✧ **Método da Ovulação ou de Billings**

Este método baseia-se na identificação do período fértil, através da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva da mulher.

O fluxo do muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero, através das criptas cervicais, que por ação hormonal apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório.

O muco cervical, no início, forma uma verdadeira “rolha” no colo uterino, impedindo que os espermatozóides penetrem pelo canal cervical. É um muco pegajoso, branco ou amarelo, grumoso, que dá uma sensação de secura na vulva.

O muco cervical, sob ação estrogênica, produz, na vulva, uma sensação de umidade e lubrificação, indicando o tempo da fertilidade, momento em que os espermatozóides têm maior facilidade de penetração no colo uterino. Este muco é transparente, elástico escorregadio, fluido, semelhante à clara de ovo.

Ao término da menstruação, pode começar uma fase seca ou com

secreção igual e contínua na aparência e na sensação que dura, em geral, dois, três, ou mais dias. O casal pode ter relações sexuais nos dias da fase seca, em noites alternadas (para que o sêmen não prejudique a observação do muco cervical).

Às vezes o muco aparece na própria menstruação ou logo no primeiro dia de seu término, especialmente nos casos em que o período menstrual é longo e o ciclo é curto.

O muco que inicialmente é esbranquiçado, turvo e pegajoso, vai se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo, podendo-se puxá-lo em fio, este é o período favorável para a penetração dos espermatozóides no canal cervical.

Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, o casal deve abster-se de relações sexuais, quando não desejam a gravidez.

Chama-se dia *Ápice*, no entanto, só pode ser reconhecido posteriormente, pois somente quando o muco desapareceu ou retorna à aparência de muco pegajoso, com sensação de secura, é que se identifica que o dia anterior foi o dia *Ápice*.

O dia *Ápice* significa que dentro de mais ou menos 48 horas a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer.

Na 4ª noite após o dia *Ápice* a mulher entra no período de infertilidade, que dura mais ou menos duas semanas. Nesse período, o casal

pode ter relações sexuais pois os indicadores do período fértil (muco e ovulação) já ocorreram.

Em resumo, pode-se identificar o período fértil da seguinte maneira:

- a presença do muco e sua modificação, com sensação de molhado ou de umidade, sempre indica o começo do período fértil;
- O dia *Ápice* significa que dentro de mais ou menos 48 horas a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer;
- Na 4ª fase após o dia *Ápice* começa o período infértil.

a) Técnica de uso:

→ Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso através da sensação de secura ou umidade da vulva, ou através da limpeza da vulva com papel higiênico, antes e após urinar.

→ Analisar as características do muco, de acordo com a descrição anterior.

→ Registrar, diariamente, os dados sobre a menstruação, as características do muco e os dias de relações sexuais, utilizando um gráfico ou kit com sinais convencionais ou selos coloridos.

→ Identificar os dias em que pode ou não ter relações sexuais observando as seguintes regras:

- no período de aprendizagem do método, o casal faz 15 dias de abstinência para auto-conhecimento e reconhecimento da fase fértil;

- o casal deve evitar as relações sexuais nos dias do muco, até a 4ª noite após o dia Ápice;

Aprender a distinguir o muco cervical das leucorréias e do fluido seminal (a principal característica do fluxo mucoso é a lubrificação).

b) Contra Indicação:

Alterações psíquicas graves, que impeçam o uso correto do método.

c) Eficácia:

O índice de falha chega a 3% ao ano, para usuários perfeitos.

d) Atuação dos Profissionais de Saúde:

❖ Primeira Consulta:

Explicar detalhadamente, e discutir com a mulher ou casal, a técnica de uso do método.

Solicitar que a mulher proceda ao registro das características e sensações que tem na vulva durante um ciclo, abstendo-se de relações sexuais; durante este primeiro ciclo, ela será acompanhada semanalmente.

Para a prática do uso do método, recomendar que se observe o muco durante todo o dia, e que se faça o registro dessas observações à noite. Se no mesmo dia forem observados dois tipos de muco, deve-se anotar no fim do dia apenas o tipo de muco mais indicativo de fertilidade.

Reforçar junto à mulher, que o aspecto e a sensação relativa ao fluxo mucoso são muito mais importantes que a quantidade de muco.

Reforçar, ainda, que o padrão de muco de cada mulher é individual, não sendo possível determiná-lo com antecipação.

Orientar a mulher a descrever o muco e sensação com suas próprias palavras.

❖ **Consultas de Retorno:**

Podem ser feitas por qualquer elemento da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.

e) Periodicidade:

Retornos semanais durante o 1º ciclo.

Retornos quinzenais do 2º ao 4º ciclo.

Retornos semestrais após o 6º ciclo.

f) Atividades Específicas:

Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade de interpretação das modificações do muco cervical e das sensações.

Durante os retornos do período de aprendizagem, se a mulher ainda não for capaz de distinguir entre os tipos de muco e sensações, e consequentemente não souber distinguir o dia Ápice, orientar para que se abstenha de relação sexual quando houver qualquer tipo de muco ou lubrificação, até a 4ª noite após este haver desaparecido.

Quando a mulher já tiver aprendido a distinguir bem os tipos de muco e sensações, orientar para que se abstenha de relações sexuais

durante os dias de muco, até a 4ª noite após o dia Ápice.

✧ **Método Sito – Térmico**

Este método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

Fundamentalmente, ele combina a observação dos sinais e sintomas relacionados à temperatura basal corporal e ao muco cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação.

Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação podem ser, entre outros:

- dor abdominal;
- sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas;
- variações de humor e/ou da libido;
- outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão no estômago, sangramento intermenstrual etc.).

As mulheres que desejam fazer uso deste método deve estar completamente familiarizada com as técnicas de cada um dos métodos naturais, já descritas anteriormente.

a) Técnicas de Uso:

→ Registrar, diariamente, num gráfico apropriado, os dados sobre as características do muco cervical, as temperaturas e os sintomas que eventualmente possa sentir.

→ Identificar, o início do período fértil, através de:

- cálculos: o ciclo mais curto dos últimos 6 a 12 ciclos menos 18 dias;
- métodos de ovulação Billings: primeiro dia de muco;
- combinação de ambos.

→ Identificar, o término do período fértil, através de:

- método de temperatura basal corporal: 4 dias após a manutenção da temperatura elevada;
 - método do muco cervical: 4ª noite após o Ápice do muco;
 - combinação de ambos ou o que ocorrer por último (um dos dois).
- Abster-se de relações sexuais durante o período fértil.

b) Contra Indicação:

As mesmas dos demais métodos naturais.

Fatores que dificultem a observação e registro simultâneo das diferentes variáveis.

c) Atuação do Profissional de Saúde:**❖ Primeira Consulta:**

Explicar detalhadamente e discutir, com a mulher ou casal, a técnica

de uso do método.

Fazer todas as recomendações referentes a cada um dos métodos naturais.

❖ Consultas de Retorno:

Podem ser feitas por qualquer elemento da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.

d) Periodicidade:

Retornos semanais durante o 1º mês.

Retornos quinzenais até o 3º mês.

Retornos mensais até o 6º mês.

Retornos trimestrais até o primeiro ano.

Retornos subsequentes semestrais.

e) Atividades Específicas:

Todas as descritas para o acompanhamento de cada um dos métodos naturais.

MÉTODO DE BARREIRA

São métodos que colocam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos de barreira disponíveis em nosso meio são: preservativo, condom ou camisinha, diafragma, e os espermicidas químicos.

✧ **Preservativo:**

É o método de barreira mais difundido no mundo. É o único método anticoncepcional reversível para o homem. Consiste em um envoltório de látex ou membrana que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação. Seu uso fornece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e, é a principal forma de prevenir a disseminação da AIDS. Seu uso associado a geléia espermicida aumenta a sua eficácia.

a) Técnica de Uso:

- Usar o preservativo em todas as relações sexuais.
- Colocar o preservativo antes de qualquer contato de pênis com os genitais femininos.
- Desenrolar o preservativo sobre o pênis ereto, deixando um espaço de cerca de 2 cm da extremidade sem ar, para o sêmen.
- Se o preservativo não for lubrificado, usar alguma substância lubrificante (exceto a vaselina) para evitar que o preservativo se rompa devido à fricção.
- Retirar o pênis ainda ereto da vagina, após a ejaculação. Pressionar as bordas do preservativo com dois dedos durante a retirada do pênis para evitar que o sêmen extravase ou que o preservativo se desprenda e fique na vagina.

→ Jogar fora preservativo após o uso; ele não deve jamais ser reutilizado.

→ No casos de haver outra relação, utilizar um novo preservativo.

b) Contra Indicação:

Anomalias do pênis.

c) Efeitos Colaterais:

Alergia ao Látex;

Irritação vaginal devido a fricção (quando não se usa lubrificante).

d) Atuação do Profissional de Saúde:

❖ Primeira Consulta:

- Avaliar o grau de participação masculina na prática da contracepção.
- Explicar detalhadamente e discutir com os usuários a técnica de uso do método.
- Insistir na importância e necessidade de utilizar o preservativo a cada relação.
- Recomendar a manipulação cuidadosa do preservativo, evitando o contato com unhas longas.
- Alertar que não se deve esticar ou inflar o preservativo para efeito de teste.
- Prescrever preservativos em qualidade suficiente para o primeiro mês de uso, considerando a frequência de relações sexuais do casal.

- Recomendar a guarda dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal.

❖ Consultas de Retorno:

Podem ser feitas por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.

e) Periodicidade:

Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método, orientações que se fizerem necessárias. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.

f) Atividades Específicas:

- Avaliar a regularidade do uso do método.
- Discutir com a mulher ou o casal, sobre a possível interferência do método na espontaneidade sexual.
- Orientar o casal para providenciar a compra de novos preservativos antes que se acabe o seu estoque doméstico. Reforçar as recomendações iniciais.

✦ **Diafragma:**

É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de borracha em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o

colo do útero.

O diafragma é colocado na vagina antes de cada relação sexual, com a parte convexa voltada para a vulva, localizando a borda posterior no fundo do saco posterior e a borda anterior atrás do púbis.

Recomenda-se para maior eficácia, antes da introdução, colocar na parte côncava creme espermicida ou, na falta deste, qualquer creme vaginal não evanescente, que dificulte a migração dos espermatozóides.

Existem diafragmas de diversos tamanhos sendo necessário um procedimento para determinar a medida adequada a cada mulher.

A vida média útil do diafragma é de cerca de 2 anos, se observadas as recomendações do produto.

a) Atividade Educativa Específica:

A eficácia do diafragma tem uma enorme variabilidade, dependendo da motivação do casal, e do atendimento recebido.

Antes que a mulher comece a usá-lo, é importante que aprenda a identificar o colo do útero através do auto-toque vaginal da seguinte forma:

- após lavar as mãos, introduzir o dedo na vagina, dirigindo-o para trás;
- movendo suavemente o dedo dentro da vagina, procurar o colo uterino, cuja forma e consistência se assemelham a ponta do nariz;
- quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal

- identificação.

b) Técnica de Uso:

→ Usar o diafragma com espermicida todas as vezes que mantiver relações sexuais, independente do período do mês.

→ Urinar e lavar a mão antes de colocar o diafragma.

→ Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.

→ Em caso de geléia espermicida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá), e espalhá-la com o dedo em toda área côncava.

→ Obs: a geléia permanece ativa por, no máximo 6 horas.

→ Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável.

→ Verificar a correta colocação do diafragma através do auto-toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha.

→ O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 6 a 8 horas após as relações, e deve evitar duchas vaginais durante esse período.

c) Contra Indicação:

- mulheres que nunca tiveram relações sexuais;
- configuração anormal da vagina;

- cistocele ou retocele acentuada;
- anteversão ou retroversão uterina pronunciada;
- prolapso uterino;
- fístulas vaginais;
- tônus musculares vaginais deficiente;
- alterações psíquicas graves, que impeçam o uso correto;
- infecção urinária de repetição;
- cérvico-colpites agudas.

d) Efeitos Colaterais:

- Irritação da vagina ou pênis;
- Reação alérgica à borracha ou ao espermicida.

e) Eficácia:

A eficácia varia entre 18% de falha entre usuários comuns e 6% entre usuários perfeitos.

f) Atuação do Profissional de Saúde:

❖ Primeira Consulta:

Ensinar detalhadamente a técnica de uso do método.

Determinar o tamanho adequado do diafragma.

Testar a medida correta através do toque vaginal, com o diafragma já colocado.

Solicitar que a usuária retire e recoloque o diafragma, verificando,

então, pelo toque, se a colocação está correta.

Agendar retorno dentro de uma semana, orientando à mulher que venha com o diafragma colocado.

❖ **Primeiro Retorno:**

Uma semana após a primeira consulta.

O atendimento deve ser feito por médico ou enfermeiro treinado.

g) Atividade Específica:

- Avaliar a regularidade do uso do método.
- Verificar o estado de conservação do diafragma substituindo-o sempre que apresentar qualquer defeito.

✦ **Espermicida:**

São substâncias químicas que formam uma película que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides no canal cervical, e, bioquimicamente, imobilizando ou destruindo os espermatozóides. Podem se apresentar na forma de óvulos, supositórios, geléias, cremes, espuma ou aerossóis.

O agente espermicida recomendado pelo Ministério da Saúde é de base de nonoxinol-9.

O espermicida destina-se, mais adequadamente, ao uso combinado com o diafragma ou, eventualmente ao preservativo.

O espermicida deve ser colocado na vagina uma hora antes de cada relação sexual.

a) Técnicas de Uso:

→ Segurar o aplicador cheio e inseri-lo na vagina o mais profundo possível.

→ Reaplica-lo a cada relação sexual.

→ Evitar duchas vaginais até, pelo menos, 8 horas após o coito.

b) Contra Indicação:

Mulheres de alto risco gestacional.

c) Efeitos Colaterais:

Irritação ou alergia na vagina ou pênis.

d) Atuação do Profissional de Saúde:

Esclarecer a mulher que o método não oferece proteção contraceptiva satisfatória, se utilizado sozinho.

Explicar a técnica de uso da geléia, bem como as referentes ao método, se utilizado em associação.

O acompanhamento poderá ser feito por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado observando-se as atividades gerais e as específicas para o método de barreira física associado.

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS

Os contraceptivos Hormonais Orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção.

✦ Pílulas:

Classificam-se em combinadas e minipílulas; as primeiras compõem-se de um estrogênio associado a um progestogênio, de forma contínua, enquanto a minipílula é constituída por progestegênio isolado.

As combinadas dividem-se ainda em monofásicas e trifásicas. Nas monofásicas a dose dos esteróides é constante nos 21 comprimidos da cartela, diferentemente dos trifásicos que representam formulação variada nas três fases da cartela.

As pílulas combinadas atuam basicamente através da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do muco cervical, no endométrio e na motilidade das trompas, enquanto as minipílulas agem principalmente no muco cervical e endométrio.

a) Critério de Eleição:

- A 1ª opção deve recair sempre para pílula combinada de baixa dosagem, por sua melhor tolerabilidade e alta eficácia.

- A pílula de média dosagem etinilestradiol-EE = 50 mcg. deve ser iniciado quando em se utilizando a de baixa dosagem ocorram perdas sangüíneas intermenstruais.
- Permanecendo o sangramento intermenstrual, a continuidade de uso do método, dependerá, em primeira instância, da aceitabilidade da usuária em continuar seu uso. Desejada a continuidade não há contra-indicação, desde que não haja repercussões na saúde da mulher. O sangramento tende a interromper-se espontaneamente com o passar dos meses. Um outro método contraceptivo pode ser usado.
- A indicação da minipílula face a sua menor eficácia, maior frequência de alterações menstruais e de gestação ectópicas tem seu uso limitado para os casos de intolerância e/ou contraindicações aos estrógenos.

b) Contra Indicações Absolutas:

- idade acima dos 35 anos, associada a fatores de risco;
- gravidez comprovada ou suspeita;
- amamentação até os 90 dias;
- hipertensão arterial grave e moderada;
- diabetes insulino-dependentes;
- hepatopatias graves;
- doenças trombóticas graves ou antecedentes importantes;
- hemorragia genital de causa indeterminada;

- varizes com tromboflebite prévia ou atual;
- pacientes que fazem uso crônico de drogas que interagem com a pílula
- dislipidemias;
- retardo mental que possa dificultar o uso correto ou reconhecimento de sinais de perigo decorrente do uso da pílula;
- câncer da mama ou suspeita;
- enxaqueca grave recidivante;
- neuropatias graves;
- doença vascular arterial;
- cardiopatias favorecedores de trombogênese;
- imobilização prolongada;
- pneumopatias;
- glaucoma;
- psicoses e neuroses graves;
- neoplasia hormônio-dependente ou suspeita;
- 4 a 6 semanas pré e pós-cirúrgicas de grande porte.

c) Contra Indicação Relativas:

- adolescentes com menos de dois anos da menarca;
- fumantes em qualquer idade, com mais de 20 cigarros por dia;
- obesidade
- cefaléia frequente;

- hipertensão arterial leve;
- depressão;
- nefropatias crônicas;
- asma brônquica
- colecistopatias;
- candidíase de repetição;
- displasia acentuada do colo uterino;
- tuberculose;
- malária;
- hanseníase;
- esquistossomose.

d) Interação Medicamentosa:

Certas drogas são capazes de reduzir a eficácia contraceptiva da pílula principalmente nos tratamentos prolongados. Nestes casos deve-se indicar métodos alternativos.

Algumas interações podem ocorrer no sentido inverso, isto é, os esteróides alteram a eficácia de outros medicamentos (benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, ciclosporina, etc).

e) Efeitos Colaterais Graves:

Os profissionais de saúde devem estar atentos para qualquer ocorrência que possa estar relacionada ao uso da pílula contraceptiva. Nesta

situação a medicação deve ser imediatamente interrompida.

Dentre os principais efeitos colaterais, citam-se: Acidentes flebíticos, trombóticos ou tromboembólicos; hipertensão arterial; hepatopatias.

f) Atuação do Profissional de Saúde:

❖ Primeira Consulta:

- Incluir na anamnese a investigação que contra-indicam o uso da pílula.
- Fazer exame físico geral, exame de mamas e exame ginecológico, com especial atenção às condições que contra-indicam o uso do método.
- Explicar detalhadamente a técnica de uso do método adequado (pílula combinada ou minipílula) de acordo com os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- Esclarecer à mulher que é freqüente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula, combinada de baixa dosagem. Durante o período de uso da pílula se o sangramento persistir por mais de 10 dias, deve procurar o serviço de saúde.
- Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

❖ Consulta de Retorno:

Devem ser feitas sempre pelo médico, devido à necessidade de prescrição e de investigação de intercorrências clínicas e/ou do

desenvolvimento de condições que possam constituir-se em contra-indicações à continuidade de uso do método.

g) Periodicidade:

Primeiro retorno depois de um mês.

Retornos subsequentes de 3 em 3 meses.

DISPOSITIVO

✧ Intra – Uterinos (DIUs)

Os dispositivos intra-uterinos são artefatos de polietileno, com ou sem adição de substâncias metálicas ou hormonais, que exercem efeito contraceptivo quando colocados dentro da cavidade uterina.

Os DIUs podem ser classificados basicamente em duas categorias:

- DIUs não medicados (ou inertes) – não contém ou não liberam substâncias ativas: são unicamente constituídos de polietileno.
- DIUs medicados (ou ativos) – além de matriz de polietileno, contém substâncias (metais ou hormônios) que exercem ação bioquímica local, aumentando a tolerância e a eficácia contraceptiva.

O exato mecanismo de ação dos DIUs ainda não está perfeitamente definido. Porém, têm-se identificado diversos efeitos que os DIUs com

cobre produzem no aparelho genital feminino, que são responsáveis, ao menos em parte, pelo efeito anticoncepcional destes dispositivos.

- Reação a corpo estranho que provoca alterações morfológicas e bioquímicas no endométrio e do fluido intra-uterino bem como alterações do conteúdo celular que interferem com a capacitação e o transporte espermático.
- Efeitos do cobre sobre o muco cervical e espermatozóides interferindo sobre a migração e vitalidade dos mesmos.
- O cobre também afeta a vitalidade e o transporte do óvulo na trompa.

a) Contra Indicação:

- neoplasias malignas do colo ou corpo uterino;
- sangramento uterino de causa desconhecida;
- suspeita de gravidez;
- doenças inflamatórias pélvica ativa;
- malformação uterina congênita;
- coagulopatias;
- cervicite aguda;
- risco de doenças sexualmente transmissíveis;
- história de doença inflamatória pélvica desde a última gravidez.
- hipermenorréia;
- anemia;

- leucorréia;
- múltiplos parceiros sexuais;
- nuliparidade;
- gravidez ectópica prévia;
- estenose do canal cervical;
- doença cardíaca reumática;
- terapia imunossupressiva;
- alergia ao cobre.

b) Requisitos Indispensáveis para a Utilização dos DIUs:

O DIU deve ser oferecido como uma opção livre entre outras opções anticoncepcionais.

- Devem ser fornecidas informações completas e imparciais sobre todos os métodos.
- O pessoal médico que realiza as inserções devem estar treinados especificamente para o uso deste método.
- Deve haver fácil acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências.
- O serviço deve garantir o direito da mulher de extrair o DIU em qualquer momento, trocando-o por outro método ou não.

Embora existam suficientes estudos mostrando que, quando utilizado em condições adequadas, o DIU é um método anticoncepcional

conveniente, seguro e de alta eficácia, o Ministério da Saúde recomenda que os serviços mantenham sistemas de avaliação contínua, como, dar maior segurança às suas usuárias.

MÉTODOS IRREVERSÍVEIS

✧ Vasectomia:

Operação feita nos órgãos genitais do homem, que fecha a passagem da saída dos espermatozóides. Estes são as células reprodutivas masculinas. Fechando a sua saída, o homem continuará expelindo um líquido, o sêmen, que não conterá os espermatozóides e, portanto, não fecundará a mulher.

✧ Laqueadura:

Operação feita nas trompas, para impedir o encontro do óvulo com o espermatozóide, evitando, assim a gravidez. A laqueadura só deve ser indicada por médico, após criteriosa avaliação, nos casos em que uma gravidez signifique risco de vida para a mulher.

6. DESENVOLVENDO A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

A descrição das atividades, utilizando a metodologia problematizadora enquanto estratégia para o autocuidado, junto às mulheres da Vila Manaus, será descrita nos passos preconizados no desenvolvimento da metodologia adotada, isto é, conforme a leitura da realidade da população alvo. Entretanto, temos clareza que sua aplicação não ocorre de forma linear.

6.1 LEITURA DA REALIDADE

Ao observar a realidade, as pessoas envolvidas, expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira leitura “sincrética” ou ingênua da realidade Bordenave (1994), argumenta que para poder percebê-la o mais amplo possível, adotamos diversas maneiras. Sendo assim, a leitura

da realidade no presente trabalho ocorreu a partir de atividade em grupo, do preenchimento de questionário, da visita domiciliar, e da observação na comunidade e domicílio.

A população, envolvida no programa de planejamento familiar, foi composta por mulheres na faixa etária de 17 a 46 anos de idade. O desenvolvimento do grupo ocorreu durante todo o período de estágio na Unidade de Saúde Vila Manaus-Criciúma/SC, com data previamente marcada. A presença das participantes não se deu de forma contínua durante os grupos, sendo que 20 delas tiveram maior frequência e, por este motivo, foram escolhidas para participarem desse estudo.

As mulheres tem em média 3 filhos (muitos em idade pré-escolar); sendo a dificuldade maior encontrada, a de se locomover até o posto (principalmente em dias de chuva, por não ter com quem deixar os filhos). Outros fatores que dificultaram à participação das mulheres no grupo de atividades foi a timidez, a necessidade de trabalhar fora e a questão sócio econômica. Assim, 40% das famílias das mulheres envolvidas no trabalho, moram em condições precárias, onde entre elas temos como exemplo, uma casa de 2 quartos coabitam 9 pessoas, 60% dessas famílias possuem renda salarial inferior a quinhentos reais, e destas 50% possuem três ou mais filhos.

Em 30% das casas visitadas, observamos o descuido com as crianças (muitas andam descalças em dias de frio, nuas, sujas, apresentam piolhos e baixo peso); o desinteresse pelos cuidados com a casa (restos de lixo pelo pátio, roupas pelo chão, cômodos desarrumados); e a falta de cuidado das mulheres com elas mesmas. Tais fatores evidenciam as condições precárias de higiene existentes nesses domicílios.

Observamos, ainda, durante os relatos em grupo e durante as visitas domiciliares, e através do preenchimento do questionário, que quanto menor a renda familiar, menor a participação dos parceiros no planejamento de suas famílias.

Quanto às atividades de grupo sobre planejamento familiar, observamos interesse, por parte das mulheres, em participarem dos assuntos abordados, no entanto, muitas delas não tiveram condições de participar devido a precariedade das condições em que vivem e algumas por falta de interesse.

Os temas abordados nos grupos de planejamento familiar, surgiam conforme a necessidade e/ou interesse das mulheres, a partir de sua realidade de vida, sendo que as mesmas determinavam o assunto que seria abordado no encontro seguinte, evidenciando, assim, o uso da metodologia

problematizadora e da promoção do autocuidado, enquanto proposto no presente trabalho.

O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos observado, mostraram-se superficiais e subjetivos, sendo que algumas sabiam apenas o nome de determinado método e outras conheciam o método mas o utilizam de forma inadequada.

A realidade observada durante as visitas domiciliares, muitas vezes não condizia com o que era relatado no grupo. O instrumento de observação proporcionou-nos a possibilidade de perceber outro aspecto da realidade sobre a vida dessas mulheres. A visita domiciliar contribuiu para complementar as atividades no grupo de planejamento familiar, primeiro espaço para observação.

Outro instrumento utilizado como guia na observação da realidade, foi um questionário, “Instrumento de Avaliação” (**anexo pg. 112**), elaborado pelas acadêmicas, e aplicado durante a visita domiciliar. Os dados obtidos neste instrumento serviram de fundamentação, para a leitura dos resultados.

Para que conseguíssemos formar um grupo base, foram necessários diversos outros encontros preliminares, até que o medo e a desconfiança (por parte das mulheres), fossem superados.

6.2 OS ENCONTROS

O primeiro encontro foi dividido em três momentos:

No primeiro, apresentamos às mulheres o trabalho que seria desenvolvido, expomos os objetivos, sua importância e quais seriam os pontos que abordaríamos enquanto objeto de estudo e a metodologia que seria utilizada para o desenvolvimento da proposta. Procuramos fazer esta exposição de maneira clara e sucinta, usando uma linguagem simples e de fácil entendimento, buscando transmitir o conhecimento de forma efetiva, ou seja, não para impressioná-las, mas para que realmente absorvessem as informações que lhes eram apresentadas.

Em seguida promovemos a apresentação das participantes, onde estimulamos cada uma a compartilhar informações tais como: nome, número de filhos, idade, estado civil, método contraceptivo que faz uso; neste primeiro contato além de observarmos a realidade, pretendíamos ao mesmo tempo proporcionar um clima de descontração para poder inseri-las nas discussões sobre o tema.

No segundo momento, a intenção principal foi de esclarecer as participantes, sobre o que, é, planejamento familiar, para que as mesmas tivessem conhecimento do assunto abordado durante os encontros,

facilitando assim seu entendimento e participação nas discussões. Abrimos espaço para que discutissem o assunto, dessem sua opinião, trocassem informações e posteriormente tirassem suas dúvidas.

Finalizando a atividade, no terceiro momento, estabeleceu-se um clima de segurança e descontração entre os componentes do grupo e alunas, que possibilitou o agendamento da próxima reunião, ficando estabelecido para todas as 5º feiras.

Os temas estabelecidos enquanto objeto de discussão eram definidos a partir dos problemas identificados durante as discussões do grupo. Sendo assim, os assuntos abordados no final de cada encontro foram determinados como pontos chaves a serem avaliados e estudados, para que através destes, pudéssemos levantar as hipóteses de solução e assim aplicarmos na realidade.

Desta forma, foram realizados tantos encontros quanto os temas foram surgindo das discussões. Tínhamos como princípio acordado pelo grupo que o tema seria sempre o que a maioria decidisse, pois mais de uma vez , a partir de um tema, muitos outros surgiam.

6.3 PONTOS CHAVES:

Os temas considerados pontos chaves foram apontados a partir das discussões de assuntos abordados pelo grupo. Pontos chaves, segundo Bordenave (1993, 1996). “...São entendidos com as variáveis mais determinantes da situação; aquelas que, se modificados, modificariam a realidade observada, podendo então, resultar na solução do problema apontado.”

A apresentação dos temas abordados enquanto pontos chaves, por itens, tem a finalidade de apresentar os conteúdos que emergiram e foram desenvolvidos durante as discussões.

Os temas definidos com o grupo de mulheres sobre planejamento familiar, direcionaram o desenvolvimento das atividades e contribuíram para a observação e definição dos pontos chaves, que apresentamos a seguir:

⇒ Métodos Contraceptivos: Uso, vantagens e desvantagens, conhecimento popular, atuação no corpo da mulher, forma correta de uso;

⇒ DIU: forma, tamanho, ação no corpo da mulher, crenças populares trazidos pelo grupo, vantagens e desvantagens e forma de aplicação do método;

⇒ Camisinha: como colocá-la, cuidados na colocação, doenças que previne;

⇒ HIV/AIDS: conceitos sobre a doença, forma de contaminação, preconceito às pessoas portadoras, formas de prevenção;

⇒ Sexualidade: valorização do corpo da mulher, conhecimento das partes de seu corpo, valores que cercam um relacionamento, tabus sobre sexo;

⇒ Aborto: razões mais comuns que levam a mulher a cometer o aborto, técnicas de aborto, direito de vida do feto, níveis de aborto no Brasil.

6.4 TEORIZAÇÃO:

A teorização enquanto etapa do desenvolvimento da metodologia problematizadora fundamentou as atividades definidas pelo grupo de mulheres e acadêmicas, enquanto necessária para aprofundamento do conhecimento dos temas definidos como pontos-chaves.

A sustentação bibliográfica dos temas ocorreu a partir da revisão sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos descritos no projeto deste trabalho e revisões bibliográficas, internet e folders, que

complementaram o conteúdo já abordados no projeto ou teorizar temas não previstos.

A teorização possibilitou a busca das hipóteses de solução, isto é, apontou caminhos possíveis para a solução dos problemas apontados pelas mulheres que participavam das atividades.

Complementando a revisão bibliográfica realizada aprofundamos conhecimentos sobre o DIU, a AIDS, o preservativo, o aborto e a sexualidade.

Essa teorização se deu a partir de pesquisas bibliográficas, que eram trazidas para o grupo, onde eram discutidas, favorecendo a avaliação quanto aos conceitos e crenças trazidas pelas participantes. **(anexo pg. 112)**

6.5 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO:

A inquietude e a pretensão de tudo fazer, por muitas vezes sentíamos frustradas por supor, que tudo, sempre daria certo. Algumas hipóteses de solução por vezes passou por nossa cabeça, no entanto, em seguida, caíamos na realidade, tanto do Posto de saúde quanto das mulheres, e

fazíamos o possível dentro da realidade tanto do serviço quanto das mulheres.

Hipótese de solução “...é aquela em que os mesmos confrontam a realidade com sua teorização...” (Bordenave, 1994, 1996). Dentre muitas possibilidades as hipóteses encontradas, neste estudo, foram as seguintes:

⇒ Desenvolvimento de atividades educativas, para troca de informações;

⇒ Promoção de um ambiente adequado utilizando palavras simples para que as participantes pudessem relatar suas experiências sem constrangimento;

⇒ Discussões com a equipe de saúde, buscando informações, que pudessem contribuir na solução dos problemas identificados;

⇒ Informação às participantes quanto ao serviços de referência utilizados pela unidade na área de planejamento familiar;

⇒ Encaminhamento, das participantes interessadas em algum método, aos serviços da unidade e, posteriormente, ao serviço de referência;

⇒ Utilização de material didático na tentativa de reforçar os conteúdos apresentados;

⇒ Realização de visitas domiciliares procurando motivar as mulheres a participarem do grupo;

⇒ Realização dos encontros, utilizando como estratégia a metodologia problematizadora, que parte da realidade vivida pelas participantes.

6.6 APLICAÇÃO NA REALIDADE:

1º encontro: fez parte da leitura da realidade, descrita anteriormente.

2º encontro: métodos contraceptivos.

Neste encontro, discutimos com as mulheres participantes do grupo as várias formas de se prevenir de uma gravidez indesejada como também as formas de reconhecer o período fértil das mulheres que desejavam engravidar, abordando assim, os temas de contracepção e concepção questionados por estas mulheres no encontro anteriores.

Nesta etapa do trabalho, evidenciou-se a necessidade de abordar de forma geral os tipos de métodos contraceptivos tais como: camisinha masculina, camisinha feminina, dispositivos intra-uterinos (DIU), pílula anticoncepcional, espermicidas, diafragma, laqueadura e a vasectomia.

Procuramos também, informar às participantes, os serviços prestados na Unidade de Saúde relacionados ao Planejamento Familiar, assim como, as consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira e os encaminhamentos aos serviços de referência em outras unidades de saúde e/ou instituições vinculadas ao serviço de saúde do município.

A atividade caracterizou-se em um espaço em que todos tinham contribuição a dar e num espaço em que as mulheres tirassem suas dúvidas e questionassem sobre o assunto.

Durante a discussão, percebemos o interesse das mesmas em saber mais sobre o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), principalmente devido a falsas crenças como:

“...se a mulher tá grávida e coloca o DIU, ele fura a cabeça da criança?...”

“...eu não coloco, porque a minha irmã colocou e deu hemorragia...”

“...me disseram que o DIU apodrece a mulher por dentro...”

“...meu marido não deixa eu colocar, porque um amigo dele disse que fica espetando na hora de transar...”

A partir desses déficit's de conhecimento, ficou, então definido para o próximo encontro, uma discussão mais específica sobre este método.

3º Encontro: DIU

Iniciamos a atividade lembrando sobre os questionamento sobre o DIU, realizado no encontro anterior.

Procuramos passar às mulheres envolvidas no grupo informações específicas sobre o DIU, iniciamos mostrando-o para que pudessem tocar e conhecer. Algumas nunca tinham visto um DIU, e o fato de visualizar a peça e tocá-la, contribuiu para que, as crenças populares como o seu tamanho e sua forma, fossem mudados.

Apartir das dúvidas que iam surgindo, íamos desenvolvendo o encontro, discutindo temas como: anatomia do órgão genital feminino interno e externo, através de cartazes e livros ilustrativos; mecanismo de ação do método e sua ação contraceptiva; vantagens e desvantagens do uso; como colocá-lo e qual o profissional responsável por esta ação; sistemas de referência e contra-referência para as interessadas em colocar o método; para quais mulheres é indicado; e os requisitos indispensáveis, que devem ser cumpridos antes de coloca-lo.

Neste grupo, três das participantes mostraram-se interessadas pelo método, sendo, então, encaminhadas para avaliação com a enfermeira da unidade.

Percebemos, ao final do encontro, que muitas das crenças existente, foram superadas, através dos comentários e depoimentos, do interesse em adotar o método e da sua auto-avaliação em relação ao que foi passado sobre o mesmo.

Para finalizar colocamos em discussão o que seria de interesse, para as participantes, a ser abordado no próximo encontro, definindo-se, então, a camisinha como próximo tema pelo fato das mesmas demonstrarem dúvidas quanto a sua colocação e por, quando perguntamos quem já conhecia a camisinha, para nossa surpresa, muitas nunca tinham visto e as que conheciam, não sabiam como utilizá-la corretamente.

4º Encontro: Camisinha

Para avaliar o conhecimento dessas mulheres, quanto a técnica de colocação da camisinha, trouxemos para o encontro material, para realização da mesma, como: várias camisinhas e cenouras representando o órgão genital masculino.

Deixamos livre para as que “conheciam” o método, demonstrarem ao grupo como utilizavam.

Dentre estas, uma se pronunciou, dizendo que utilizava este método, há sete anos e que estava disposta a demonstrar às colegas.

“...Eu e meu marido usamos a camisinha já faz 7 anos, eu posso explicar bem direitinho como colocar..., depois de rasgar o pacotinho, desenrole a camisinha no pênis, não esquecendo de deixar ar na ponta para se saber que não está furada, e depois da relação se tira e se bota no lixo...”

Através deste depoimento, podemos avaliar com o grupo, os equívocos cometidos durante a demonstração de como colocar a camisinha, explicando a forma correta de utilizá-la.

Evidenciamos na técnica desde a abertura do pacote, onde a mesma abriu pela metade, correndo o risco de rasgar a camisinha; ao contrário do que ela explicou sobre o ar deixado na ponta da camisinha, este deve ser evitado, favorecendo o armazenamento do esperma; e uma das atitudes que recomendamos, foi a de não jogar a camisinha no lixo, e sim, pôr no vaso sanitário e dar descarga.

Visando enfatizar a técnica correta de se colocar a camisinha, promovemos espaço, para as que tivessem interesse, exercitar a técnica.

Durante este exercício, as participantes relataram experiências que tiveram com o uso do método, contribuindo para explanação do assunto e correção das formas de utilizá-la. Este momento caracterizou-se pela participação das mulheres no grupo, com sua realidade como proposto pela Metodologia Problematicadora.

Discutindo as vantagens do uso da camisinha, surgiram as DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), que foram explicadas ao grupo através de ilustrações, onde foi mostrado por estes, maior interesse em saber mais sobre a AIDS/HIV, ficando este, como tema para o próximo encontro.

5º encontro: AIDS.

Iniciamos, conversando com as participantes sobre o que conheciam sobre a sigla HIV/AIDS.

Percebemos que possuíam o conhecimento de que “AIDS é uma doença sem cura e se pega através do sexo...”. Detectamos, também, preconceito aos portadores do vírus, através de citações como:

“...tenho uma vizinha que tem AIDS, e ela sempre pede para usar o telefone lá de casa, mas tenho medo de pegar a doença, tanto que outro dia eu disse que o telefone estava estragado...”

“...meu primo tem AIDS e eu tenho medo até de passar perto dele; se encontro ele na rua, vou para o outro lado...”

“...pelos bancos dos ônibus pode se pegar esses tipos de doenças?...”

Procuramos, a partir desses depoimentos, promover discussões entre as participantes, quanto ao preconceito com portadores do vírus, para que as mesmas percebessem a importância de um toque, de uma palavra, de um carinho ou do exercício de cidadania para um portador do vírus.

Percebemos que os preconceitos que circundam a palavra AIDS, são provenientes da falta de conhecimento e da distorção de informações por pessoas leigas.

A discussão, criada no encontro, foi o suficiente para que essas informações distorcidas fossem refletidas e esclarecidas, modificando assim o entendimento das participantes, sobre AIDS.

Procuramos enfatizar as formas de contágio e as medidas de prevenção, principalmente pelo fato de algumas das participantes possuírem contato direto com portadores do vírus. Percebemos interesse nos assuntos que envolvem a sexualidade do casal, principalmente devido

ao número de relatos de traição por parte dos parceiros. Ficando assim, estabelecido para o próximo encontro o tema sexualidade.

Finalizando o encontro, durante o momento de reflexão, descontração e interiorização, utilizando a técnica do relaxamento corporal, as mulheres puderam fechar os olhos, concentrar-se na respiração e perceber a energia de seu corpo.

6º encontro: SEXUALIDADE.

Para este encontro, procuramos trabalhar os principais tabus que envolvem a sexualidade humana.

Buscando uma melhor compreensão sobre a resposta sexual humana e suas fases, procuramos ilustrar o tema com figuras sobre anatomia sexual feminina e masculina.

Outros temas abordados neste encontro foram: Orgasmo vaginal, orgasmo clitoriano, ponto G, substâncias afrodisíacas e as principais queixas relacionadas ao sexo.

As participantes mostraram-se bastante interessadas e entusiasmadas com o tema, fazendo perguntas, relacionando a teoria com a prática e relatando experiências, tais como:

“...Nunca senti prazer transando com meu marido, até hoje não sei o que é gostar de sexo...Quando ele chega bêbado, exige que eu vá para a cama com ele...”

“...Faço sexo anal com meu marido, porque ele disse que se eu não “der” ele acha na rua, aí eu fico com medo e “dou”, principalmente quando ele está drogado...”

“...Esse é meu segundo casamento, só agora sei o que é sentir prazer, pois quando casei pela primeira vez, tinha apenas quatorze anos e meu marido quarenta, até então nunca tinha ouvido falar sobre sexo, e quando ele queria eu era obrigada a transar forçada...”

“...Fiz sexo anal só uma vez, porque meu marido pediu e eu fiquei com medo de perdê-lo, senti muita dor...”

A partir desses relatos, percebemos o desrespeito dos parceiros em relação ao corpo das mulheres e seus valores pessoais.

As discussões desse encontro, favoreceram mudanças no que diz respeito ao relacionamento homem/mulher, tornando claro para as mesmas que é primordial em qualquer relacionamento, a auto-valorização.

Algumas das mulheres participantes relataram que não se entregavam totalmente aos prazeres do sexo pelo medo de engravidar. A partir deste tema, surgiram discussões sobre o ato de abortar, resultado de uma gravidez não planejada. Para explanarmos melhor este assunto, definiu-se, no grupo, este tema para o próximo encontro.

7º encontro: ABORTO.

Buscamos com este encontro, orientar as participantes, sobre os riscos e consequências de um aborto provocado, resultado de uma gravidez não planejada.

Preparamos um material contendo ilustrações e informações sobre as técnicas abortivas no intuito de mostrar os perigos de risco de infecção, e até mesmo, a morte da mulher e a morte traumática do feto. Essa didática gerou discussões sobre o que as mulheres conheciam a respeito do aborto, surgindo relatos de casos ocorridos na comunidade:

“...a filha da minha vizinha quando soube que estava grávida, provocou aborto com cabide de roupas...”

“...outro dia, minha mãe foi atender uma vizinha que estava pedindo socorro, quando chegou lá ela estava toda “ensangüentada”

dizendo que tinha tido um aborto espontâneo, mas minha mãe já sabia que ela tomava chá para abortar...”

Procuramos discutir com as participantes sobre os vários fatores que levam uma mulher a cometer um aborto.

Evidenciamos incidências de aborto no Brasil, comparando-as com outros países da América Latina, bem como os direitos legais que protegem a vida do feto.

6.7 REVENDO OS OBJETIVOS

Os objetivos propostos neste trabalho, foram de suma importância para que, as atividades desenvolvidas, tivessem metas a serem alcançadas.

Dentre os objetivos, o relacionado a participação dos parceiros nas atividades de planejamento familiar e o acesso aos métodos contraceptivos às mulheres cadastradas, foram os que apresentaram dificuldades para seu alcance, durante o desenvolvimento das atividades. Procuramos buscar a participação dos parceiros, em diversos momentos dos encontros, destacando, para as mulheres, a importância da participação dos mesmos; através das visitas domiciliares, oportunidade em que estávamos a sós, podendo conversar com mais tranquilidade, cogitando assim, a participação

do parceiro. A resposta, sempre a mesma, “ele não toma conhecimento” ou “esta sempre trabalhando, não se liga nisso”.

Concluimos que as dificuldades para a participação masculina são muitas, como a questão cultural, a timidez, e o horário dos grupos no turno vespertino e matutino, fatores que dificultaram a realização deste objetivo. Percebemos que este problema só será resolvido quando toda a população se conscientizar da importância do homem no planejamento familiar, isto será alcançado quando trabalhado desde a infância. Quanto ao acesso aos métodos contraceptivos, esbarramos nos entraves burocráticos da Instituição, uma vez que os serviços de saúde do município estavam reestruturando-se, razão pela qual tivemos dificuldades com a falta de contraceptivos na Unidade. Fato este, que acabou fazendo com que vivêssemos uma contradição, pois achávamos que precisávamos dar algo para que motivarmos as mulheres a participarem das atividades. Para surpresa nossa, a falta dos contraceptivos não alterou a participação. O que acabou validando ainda mais a participação do grupo de mulheres, pois as mesmas não participavam deste tipo de atividade, tornando este um trabalho inovador para esta comunidade.

Quanto aos demais objetivos: podemos compartilhar conhecimentos com as mulheres participantes, sobre planejamento familiar, e promover sua participação em atividades de apoio; o compartilhamento de práticas educativas a respeito da sexualidade e métodos, propiciou às mulheres a

refletirem mais sobre sua vida, sobre a questão da reprodução e formas de se cuidar para evitarem gravidezes indesejadas, para aumentar o espaçamento entre as gravidezes, diminuindo os riscos e tendo mais prazer no convívio sexual. Estimulou o autocuidado, aumentou seu potencial para agir e para ser protagonista de sua vida e de seu corpo; realizamos 20 visitas domiciliares com êxito, sendo sempre bem recebidas e aplicamos um questionário para cada visita; aprofundamos nossos conhecimentos quanto ao tema, junto as mulheres participantes, tendo espaço para discutir e implementar ações de planejamento familiar na unidade, através de reuniões com a equipe de saúde.

6.8 ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PLANEJADAS

Assistência de enfermagem em:

- sala de vacina;
- sala de pré consulta;
- preventivo do câncer;
- Campanha Nacional do Diabetes Mellitus;
- Visita a pacientes com internação domiciliar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo proporcionou-nos novos conhecimentos teórico-práticos acerca da temática, bem como uma visão mais ampla de como atuar no Planejamento Familiar e conseqüentemente em relação a saúde.

Felizmente, os avanços têm ocorrido e praticamente todas as pessoas, pelo menos as mais favorecidas, podem falar de planejamento familiar abertamente. É crescente o número de casais que procuram orientações sobre este assunto, no sentido de controlar o número de filhos. Há métodos anticoncepcionais eficazes e seguros disponíveis a população.

Vimos nos encontros realizados, a importância dos objetivos traçados no projeto deste trabalho, pois através deles, trabalhamos o planejamento familiar englobando todos que atuam nessa área (equipe de saúde e mulheres envolvidas no grupo), discutindo e refletindo sobre a importância de trabalhar em equipe, buscando assim, o autocuidado.

Pelas informações que foram compartilhadas, por se preocuparem em saber mais sobre assuntos que englobam o planejamento familiar, por conversarem com seus companheiros, usarem o método de forma adequada, passarem a compreender melhor sobre os métodos entendendo que tem direito de tê-los, conhecerem melhor seu corpo, diminuir os preconceitos em relação a AIDS e sexualidade, determinamos que, o autocuidado foi alcançado.

Este estudo evidencia que as mulheres têm sido personagens de uma tragédia cotidiana e silenciosa, no que diz respeito ao exercício de um direito constitucional, fundamental; o de procriar. Nas questões reprodutivas e procriativas, as mulheres têm tido responsabilidades e compromissos muito mais onerosos que os homens, os quais, em regra geral, se desobrigam dos seus compromissos paternos.

A maioria das mulheres quando questionadas sobre a participação de seus parceiros no que diz respeito ao planejamento familiar, responderam que os mesmos são participativos, o que na prática se mostra diferente, quando observamos em seus relatos, o número de gestações ocorridas em momentos indesejados, e a ausência destes os grupos.

Percebemos a importância deste trabalho para a instituição pois complementou as atividades do planejamento familiar proposto pela unidade de saúde, envolvendo a equipe, em discussões importantes para a

plenitude do planejamento familiar da comunidade e, levou à instituição, mulheres que até então nunca tinham participado de atividades na mesma.

Para a plenitude da situação de direito em relação aos direitos reprodutivos, é necessário que ocorra mudanças profundas no realinhamento ético, no convívio entre homens e mulheres e destes com o Estado.

8. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

MARÇO						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
				1	2	3
				Início da 8ª fase/reunião com orientadora	Elaboração do projeto	
4	5	6	7	8	9	10
	Elaboração do projeto	Elaboração Do projeto	Elaboração do projeto	Reunião com supervisora	Elaboração do projeto	Elaboração do projeto
11	12	13	14	15	16	17
	Reunião com orientadora	Elaboração Do projeto	Elaboração do projeto	Elaboração do projeto	Elaboração do projeto	
18	19	20	21	22	23	24
	Entrega do projeto	Reunião com Orientadora	Entrevista com Banca examin. Reunião orient.	Apresentação do projeto Reunião orient.	Reunião com orientadora	
25	26	27	28	29	30	31
	Início estágio/ reconhecimento do posto	Seleção de Mulh. Cadastd. No P.F.	Práticas de Assistência	grupo de planejamento familiar	Visita Domiciliar	Reunião com orientadora

ABRIL						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
1	2	3	4	5	6	7
	Práticas de assistência	Aula disciplina Cont. Social 4	Práticas de Assistência	grupo planejamento familiar	Práticas de assistência	Reunião com orientadora
8	9	10	11	12	13	14
	Práticas de assistência	Preparo do relatório do TCC	Visita Domiciliar	grupo planejamento familiar	Feriado	
15	16	17	18	19	20	21
	Preparo do relatório do TCC	Agendamento de visitas domiciliares	Visitas Domiciliares	grupo planejamento familiar	Visitas Domiciliares	
22	23	24	25	26	27	28
	visitas domiciliares	visitas domiciliares	Práticas de Assistência	Relatório TCC/ grupo planej. Familiar	Reunião com orientadora	Reunião com orientadora
29	30					
	visitas domiciliares					

MAIO						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
		1	2	3	4	5
		Feriado	Visita Domiciliar	Práticas assist./ grupo planej. familiar	Práticas de assistência	
6	7	8	9	10	11	12
	Práticas de assistência	Reunião com turma da 8ª fase	Visita Domiciliar	Práticas assist./ grupo planej. familiar	Práticas de assistência	Reunião com orientadora
13	14	15	16	17	18	19
	Práticas de assistência	Reunião com orientadora	Visita Domiciliar	grupo planejamento familiar	Práticas de assistência	
20	21	22	23	24	25	26
	Práticas de assistência	Práticas de assistência	Preparar Encontro	Palestra/ encerramento c/ grupo de PF	Práticas de assistência	Reunião com orientadora
27	28	29	30	31		
	Encerramento grupo de gestantes	Aula disciplina Cont. Social 4	Práticas de Assistência	Avaliação do estágio		

JUNHO						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
					1 Encerramento com a equipe da unidade	2
3	4 Preparo do relatório TCC	5 Preparo do relatório TCC	6 Preparo do relatório TCC	7 Preparo do relatório TCC	8 Preparo do relatório TCC	9
10	11 Preparo do relatório TCC	12 Reunião com orientadora	13 Preparo do relatório TCC	14 Reunião com orientadora	15 Preparo do relatório TCC	16
17	18 Preparo do relatório TCC	19 Preparo do Relatório TCC	20 Preparo do relatório TCC	21 Preparo do relatório TCC	22 Preparo do relatório TCC	23
24	25 Entrega do relatório à banca	26 Estudo do Relatório	27 Entrevista com a banca examinadora	28 Apresentação do relatório	29 Apresentação do relatório	30

JULHO						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
1	2 Apresentação do relatório	3 Apresentação do relatório	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13 Entrega do relatório final	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Fernando Bastos de, s.j. Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo. 3ª ed. Rio de Janeiro: FENAME, 1978.

BORDENAVE, Juan Díaz, PEREIRA, Adair Martins. Estratégias de Ensino-Aprendizagem. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 1995

CAMA NA REDE. Orgasmo. In:
http://www.camanarede.com.br/orgasmo_01.htm

CASA DA MULHER. Manifesto Sobre Planejamento Familiar e Aborto no Brasil. Aprovado no “Encontro de Mulheres sobre Saúde e Sexualidade, Contracepção e Aborto. (mimeogr.). Rio de Janeiro, 1983.

CASAGRANDE, Acélio. Plano Municipal de Saúde. 1997 – 2000. Criciúma, 2000.

CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA, 3ª ed., s.l. Vozes, Paulinas, Loyola e Ave Maria, 1993.

OLIVEIRA, Juarez de, Código Penal: Organização dos textos, notas remissivas e índices. 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 1996. (Legislação Brasileira).

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, s.e. 1989.

CONSELHO ESTADUAL DA CONDIÇÃO FEMININA. Comissão de Saúde. O direito de ter ou não ter filhos no Brasil. São Paulo, 1988. (Cadernos CECF)

FEDERAÇÃO LATINA DE OBSTÉTRAS E GINECOLOGISTAS. Aborto uma decisão pessoal. In: <http://www.aborto.com/voto.htm>

FOSTER, P. O.; JANSSENS, N. P. Dorothea. E. Orem. In: GEORGE, Júlia B. et al. Teorias de Enfermagem. s.l. s.ed. s.d.

GEORGE, J. B. cols. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GUERTECHIN, Thierry L., PÊGO, Raquel A., outros. Controle da Natalidade x Planejamento Familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987.

HOSPITAL SANTA LUCIA. DIU. In: <http://www.santalucia.com.br/ginecologia/diu-p.htm>

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996.

MONTICELLI, M., SILVA, D. M. G. Teorias de Enfermagem. Texto elaborado para disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1997.

MORENO, Iara. AIDS – O mal do século. In: http://members.nbci.com/XMCM/aids_ivs/4.ntm

NASCIMENTO, M. G. P., ZAMPIERE, M. F. M. Informações Básicas sobre Métodos Anticoncepcionais. Texto elaborado para disciplina de Enfermagem na Atenção Primária de Saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1999.

PACHECO, Mário V.de A. Racismo, Machismo, e Planejamento Familiar. 3ª ed., Petrópolis: vozes, 1984.

PAULO II, João. Ele os criou Homem e Mulher: Reflexão de João Paulo II sobre a corporalidade e a sexualidade humana à luz da Sagrada Escritura. São Paulo: Cidade Nova, 1982.

RODRIGUES, Gilda de Castro, Planejamento Familiar. São Paulo: Ática S.A. 1990.

SIEGMUND, George. A Sexualidade Humana. São Paulo: Loyola, 1972.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. O que é o planejamento familiar? Rio de Janeiro: Departamento de Informação e Educação, 1980.

VILLELA, Wilza, BARBOSA, Regina. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: Comparação entre mulheres esterelizadas e não esterelizadas em região metropolitana do sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública, nº30 (5). p.452-459, out. 1996.

ZANCONATO, Giovanni, ZIGEELLBOIM, Itic, ROS, Adriano. Anticoncepción Principios Científicos y Practicos. s.l., s.ed. s.d.

10. ANEXOS

MATERIAL CONSULTADO PARA TEORIZAÇÃO

Dispositivo Intra-Uterino:

<http://www.santalucia.com.br/ginecologia/diu-p.htm>

DIU é a sigla de Dispositivo Intra-Uterino. É um pequeno objeto de plástico, revestido de cobre, colocado dentro do útero da mulher. O mais usado é com a forma de “T”, que afasta os espermatozóides, diminuindo sua movimentação. Altera também o muco cervical, a cavidade uterina e a movimentação das trompas.

É o segundo método contraceptivo mais usado no mundo, superado apenas pela pílula.

Sua estrutura tem: 3cm de largura, 3,5cm de altura, filamentos de cobre, saís de cobre liberados pelos filamentos, suporte plástico e cordão para facilitar a retirada.

Em relação aos números mundiais: 84 milhões de mulheres são usuárias do DIU; em 0,5% a 1% dos casos ocorre gravidez.

O dispositivo só pode ser colocado por um médico. O melhor momento para introduzi-lo é durante a menstruação, quando o colo do útero está amolecido e dilatado. Depois da primeira semana da colocação, a mulher deve voltar ao especialista. De novo, depois de um mês. Após esses dois exames, o acompanhamento é feito de seis em seis meses.

O mais utilizado em todo o mundo é o de íons de cobre, em formato de “T”. Existe atualmente o DIU feito com o hormônio progesterona. A vantagem é que este reduz o volume de sangue durante a menstruação, pois atrofia o endométrio (revestimento do útero que provoca o sangramento mensal). Seu uso não está autorizado no Brasil.

Vantagens:

1. É um método de excelente aceitação e tem baixo risco de falha – desde que a mulher esteja em boas condições para usá-lo e que ele seja bem aplicado e acompanhado;
2. Não exige disciplina da mulher;
3. É reversível e não interfere nas relações sexuais.

Desvantagens:

1. Aumenta o fluxo sangüíneo e o risco de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças inflamatórias;
2. Pode provocar cólicas;
3. Não é coberto pelos planos de saúde;
4. A contração do útero pode expulsar o DIU.

A mulher que pode usar:

1. Quem tem vida sexual ativa;
2. Quem tem parceiro único, pois elimina em grande parte o risco de contrair infecção por relacionamentos com muito homens;
3. Quem já tenha filhos. Reduz a contração uterina e o risco de expulsar o dispositivo;
4. Quem está com a saúde perfeita. Principalmente, sem infecção.

A mulher que não deve usar:

1. Grávidas ou mulheres que suspeitam estar grávidas;
2. Quem tem anormalidade do útero;
3. Quem tem menstruação muito abundante;
4. Quem já teve gravidez nas trompas;
5. Quem tem anemia;
6. Quem tem câncer ginecológico.

HIV/AIDS:

http://members.nbci.com/XMCM/aids_ivs/4.ntm

O HIV é um retrovírus, ou seja, o seu material genético é constituído de RNA. Os retrovírus são vírus que, por sua constituição a base de RNA, precisam na célula parasitária, produzir inicialmente uma molécula de DNA correspondente a ele, para só então, a partir dessa molécula, tomando-a como molde, condicionar a produção de sucessivas moléculas de RNA, de acordo com o seu próprio padrão. Têm, portanto, de dar, um passo atrás, para poder, dar passos à frente necessários à sua produção.

O HIV atua destruindo um tipo especial de célula sanguínea – o linfócito T, tipo auxiliador – procedente do timo e fundamental no combate às células infectadas, bem como desencadeador da ação dos linfócitos B, que produzem anticorpos. Assim, destruídos os linfócitos T auxiliares, todo o sistema imunológico do indivíduo entra em falência, tornando-o frágil a qualquer infecção (pneumonia, diarreias, infecções urogenitais, ou mesmo às infecções banais que o organismo sadio refuga cotidianamente, como a candidíase ou monilíase e as micetoses provocadas pelos fungos habituais que formam o bolor do pão ou de outros alimentos). O organismo fica suscetível as chamadas infecções oportunistas. É freqüente que o

doente desenvolva o Sarcoma de Kaposi, uma espécie de câncer comum em pessoas idosas, já deficientes no seu sistema imunitário.

A transmissão se faz com maior frequência entre indivíduos como, homossexuais, hemofílicos e toxicômanos. Nos homossexuais, ela decorre da prática da sodomia (coito anal), já que o vírus está presente em grande quantidade no sêmem e, nesta forma de relação sexual, ocorrem lesões na mucosa anal, por onde se faz a invasão virótica do organismo. Todavia, o contágio se faz por meio de transfusões sanguíneas e pelo uso indiscriminado de agulhas e seringas contaminadas, por viciados de drogas.

A principal forma de exposição em todo o mundo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso de preservativo é considerada pela OMS como a mais freqüente. Nos países desenvolvidos, a exposição ao HIV por relações homossexuais ainda é a responsável pelo maior número de casos, embora as relações heterossexuais estejam aumentando proporcionalmente. Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV em uma relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outra DST. Sabe-se hoje que a presença de

infecções sexualmente transmissível como cancro mole, sífilis e herpes genital, aumentam muito o risco de transmissão do HIV.

A transmissão sangüínea associada ao uso de drogas injetáveis é um meio eficaz de transmissão do HIV, devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas. A transmissão mediante transfusão de sangue e derivados é cada vez menos relevante nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle da qualidade do sangue utilizado.

A transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno (não há evidências), vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual.

A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez; porem é menos freqüente no primeiro trimestre. As infecções ocorridas neste período não tem sido associadas à malformações fetais. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas. A transmissão pelo leite materno é evitada com o uso de leite artificial ou de leite humano processado em bancos de leite, que fazem aconselhamento e triagem das doadoras.

Os preservativos masculinos e femininos são a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV, e o uso correto e consistente deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DSTs.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na sua técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia. Estudos recentes demonstram que o uso correto e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DST em até 92%.

Sexualidade:

http://www.camanarede.com.br/orgasmo_01.htm

1. Anatomia Sexual Feminina:

O conjunto de órgãos genitais femininos é dividido em externos e internos.

- Órgãos genitais feminino externos:

Devido à repressão da sexualidade, um grande número de mulheres nunca examinou atentamente sua própria anatomia genital. Para conhecê-los bem as mulheres devem pegar um espelho e se agachar, abrir as pernas, e colocar o espelho no chão, entre as duas pernas. Examinem durante alguns minutos seus órgãos genitais e identifiquem as várias estruturas anatômicas.

Toda essa área dos órgãos genitais que está sendo vista é conhecida como vulva, ou genitália externa. Há várias estruturas formando a genitália:

Monte de Vênus: é a área acima do osso púbico, geralmente coberta de pêlos;

Lábios: são duas estruturas duplas que cercam as aberturas da vagina e da uretra;

Lábios externos ou grandes lábios: são grandes dobras cobertas de pêlos;

Lábios internos ou pequenos lábios: são estruturas sem pêlos, que contém uma maior concentração de terminações nervosas. Na parte central existe três orifícios: a uretra, a vagina e o ânus.

Os pequenos lábios formam uma capa de pele que cobre a ponta do clitóris.

Clitóris: sua maior parte não pode ser vista, pois sua haste é localizada internamente. A única parte visível é a ponta, do tamanho aproximado de uma ervilha, também conhecida como glândula clitoriana.

Localiza-se logo abaixo do ponto em os pequenos lábios se encontram, e na maioria das mulheres é extremamente sensível ao toque e à pressão.

O **meato da uretra**, por onde sai a urina, está na linha média entre o clitóris e o orifício da vagina, que, apenas na espécie humana, é fechado parcialmente por uma membrana chamada hímen. O hímen é perfurado, tendo um orifício, de forma e dimensão variáveis de mulher para mulher, que permite a saída do sangue menstrual. A distância entre o orifício vaginal e o clitóris é em média de 3,5cm.

O **períneo** é a área da pele sem pêlos entre a base dos lábios e o ânus. Embora muitas mulheres não se dêem conta disso, o perineo é muito sensível ao toque e à pressão, devido à sua rica inervação.

A parte externa do **ânus** é enervada pelos ramos do nervo pudendo, que chegam às outras partes da genitália feminina. Aí existem também fibras sensitivas que, quando estimuladas, podem ser extremamente prazerosas.

- Órgãos genitais feminino internos:

A genitália interna feminina é formada pela vagina, colo do útero, útero, trompas de falópio e ovários.

Vagina: formada por uma série de músculos, mede de 7 a 10 cm de comprimento. Possui suas paredes extremamente vascularizadas e, durante a fase de excitação máxima produz um líquido lubrificante. A vagina é um orifício virtual, ou seja, suas paredes são coladas, e se abrem na hora da excitação.

Colo do Útero: é localizado no fundo do tubo vaginal, e existe nele um orifício que permite a entrada dos espermatozoides na trompa. Suas glândulas secretam um muco transparente e que, no período de pico ovulatório, ou seja, por volta do 14º dia após a menstruação, liberam um muco cristalino indicativo de que a mulher está ovulando. É nesse período que a concepção pode ocorrer se a mulher tiver tido relações sexuais. Por medida de segurança, se não interessar a gravidez, as relações devem acontecer dez dias antes e depois dessa fase.

Útero: Geralmente tem o formato de uma pêra invertida. É constituída de fibras musculares e coberto internamente por uma membrana chamada endométrio, que, dependendo das variações estrogênicas, durante o ciclo menstrual, apresenta-se pregueada e que, em torno do 28º dia do ciclo, sob ação dos hormônios, desprende-se e descama, formando o que conhecemos por menstruação.

Ovários: são as glândulas sexuais femininas ou gônadas, responsáveis pela produção total de 200 mil óvulos durante a vida de uma

mulher. Além disso, segregam hormônios – os estrógenos e a progesterona – que determinam as características sexuais femininas.

1. Resposta Sexual Humana:

Primeira fase: de excitação:

Essa fase desenvolve-se a partir de qualquer fonte de estímulo físico ou psíquico. Os estímulos que provocam a excitação variam em cada pessoa. Podem ser visuais, olfativos, táteis, lembranças de outros momentos vividos ou um pensamento. Se o estímulo for adequado à necessidade individual, a intensidade da resposta aumenta rapidamente. Se, porventura, o estímulo estiver sujeito a objeções físicas ou psicológicas, ou se for interrompido, a fase de excitação pode prolongar-se muito ou interromper-se

Os estímulos que provocam a excitação chegam a certas regiões dos centros cerebrais superiores da resposta sexual ocasionando diversas reações corpóreas neurológicas, musculares, endócrinas e vasodilatadoras. Assim, os órgãos genitais passam do estado de repouso para o de excitação.

Na mulher, os órgãos genitais estando em estado de repouso, o útero situa-se dentro da cavidade pélvica, o clitóris escondido no prepúcio, a vagina enxuta. Os estímulos sexuais fazem com que esses órgãos recebam aumento do fluxo sanguíneo.

O clitóris se ingurgita e torna-se sensível ao toque, as glândulas de Bartholin – localizadas na vagina – liberam sua secreção e os músculos circunvaginais começam a transudar (suar) lubrificando a vagina e facilitando a penetração. A sensação de umidade que chega aos órgãos externos é acompanhada pelo relaxamento desses músculos que circundam a entrada vaginal.

Ao mesmo tempo, as mamas aumentam 25% de tamanho, ocorre a ereção dos mamilos, a dilatação das aréolas, os grandes lábios se afastam do orifício vaginal e os pequenos aumentam de tamanho. A vagina se alarga e se aprofunda e os tecidos perivaginais ingurgitados de sangue e suados formam a chamada plataforma orgástica, ou seja: início da fase de platô.

Mas nem sempre a excitação ocorre naturalmente. Se a mulher estiver ansiosa ou preocupada, o estado de excitação pode ser de uma intensidade muito baixa ou mesmo não se produzir. Os músculos estando tensos e a vagina seca, a introdução do pênis é dolorosa e em alguns casos até impossível.

No homem, o pênis é um órgão cilíndrico, cujos tecidos podem enrijecer-se quando se enchem de sangue. Os corpos cavernosos são duas espécies de cilindro que se estendem do osso púbico até a glândula. Normalmente suas paredes estão quase secas, pregadas uma à outra. Na fase de excitação o sangue entra nesse tecido e fica retido lá dentro.

Enquanto isso acontece, a ereção se mantém. Qualquer distração, mudança de posição ou de estímulo, pode fazer variar a ereção. Quando o sangue flui das veias penianas para o interior do abdômen, ocorre a flacidez.

Os homens excitam-se principalmente com estímulos visuais e a mulher com estímulos táteis. Além dessa diferença, a mulher se excita em geral mais lentamente do que o homem.

Segunda fase: platô

Nesta fase a excitação sexual é intensificada e atinge o nível máximo. A pele do corpo pode ficar avermelhada, o coração bate mais rápido (os batimentos podem chegar a 120/m), a respiração fica mais intensa e há um aumento da pressão sangüínea. Para que o orgasmo vaginal aconteça é necessário que o ponto G seja estimulado nesse momento.

Para a mulher é importante que essa fase se prolongue, permitindo que o sangue irrigue adequadamente toda a cavidade pélvica, onde estão os órgãos genitais, propiciando um orgasmo satisfatório. No homem, os corpos cavernosos e o corpo esponjoso estão cheios de sangue, fazendo com que a ereção seja total, e os testículos dobrem de tamanho.

A duração da fase de platô depende da combinação entre a eficácia dos estímulos utilizados e a necessidade pessoal de cada um para chegar à

excitação máxima. Se os estímulos forem inadequados ou suprimidos, não haverá orgasmo e da fase de platô passa-se direto – mas vagarosamente – para a fase final de resolução.

Há uma diferença de tempo entre o período de excitação do homem e da mulher. Para ele são necessários apenas 20 a 30 cm³ de sangue para encher seus órgãos genitais e manter uma boa ereção. A mulher, entretanto, necessita do triplo, pelo menos, para garantir uma excitação constante e uma lubrificação adequada. Esse tempo varia muito e oscila de mulher para mulher, mas geralmente nunca é menor do que quinze ou vinte minutos.

O desconhecimento desse fato é responsável pelo desprazer que muitas mulheres sentem no momento da penetração, já que não estão suficientemente lubrificadas. Isso, é claro, também dificulta o orgasmo. O homem, muitas vezes estando bastante excitado, supõe que sua parceira também esteja.

No final da fase de platô produzem-se contrações uterinas e retração do clitóris e da glândula. Chega-se, então, ao orgasmo.

Terceira fase: orgasmo.

O envolvimento total do corpo na resposta à excitação sexual é experimentado de forma subjetiva pelas pessoas. Existe grande variedade

tanto na intensidade quanto na duração da experiência orgástica. É uma fase de muito menor duração que as anteriores, mas de altíssimo nível de prazer. “As sensações produzidas são de intenso alívio, como libertar-se bruscamente de uma carga de tensão acumulada durante certo tempo. Algo assim como subir lentamente por uma escada a um tobogã muito alto, e depois de se sustentar lá em cima por um tempo, soltar-se numa queda vertiginosa, carregada de tensão, mas alegre, vigorosa, relaxante”, define o psicanalista Juan Carlos Kusnetzoff.

Na mulher, os músculos do aparelho genital contraem-se ritmicamente. Os movimentos na entrada da vagina, ânus, uretra e útero podem ser espontâneos e ocorrer ao mesmo tempo. Quando as contrações são muito fortes – podem ocorrer a cada doze segundos ou a cada um ou dois minutos -, o muco aglutinado no fundo da vagina pode se liberar junto com a secreção das glândulas de Skene, localizadas na entrada da uretra e responsáveis pela ejaculação feminina. As contrações podem ocorrer separadas. Às vezes a mulher pode nem perceber os movimentos ondulatórios do baixo ventre, como pode também contribuir para iniciar voluntariamente as contrações do orgasmo.

No homem, inicia-se as contrações do pênis e dos órgãos que conduzem o líquido ejaculatório até o bulbo uretral. Num segundo momento, ocorre a expulsão desse líquido devido às contrações dos

músculos prineais e bulbocavernosos. Quando o líquido ejaculatório está sendo expulso, a uretra do pênis se contrai, assim como o ânus e os músculos do assoalho pélvico.

Geralmente o orgasmo masculino ocorre simultâneo à ejaculação, embora possa existir independente dele.

Quarta fase: resolução.

O homem e a mulher, a partir do ponto culminante do orgasmo, caminha para a fase de resolução do ciclo sexual. A sensação é de plenitude e bem-estar. a mulher pode entrar nessa fase após um único orgasmo ou após vários consecutivos. E também pode retornar a uma nova experiência orgástica a qualquer momento, desde que submetida a novos estímulos. No homem, geralmente existe um período refratário que varia de duração. Sua capacidade fisiológica para responder à nova estimulação após a ejaculação é muito mais vagarosa do que a da mulher. A não ser que ele aprenda a ter orgasmo sem ejacular e, assim, consiga vários orgasmos consecutivos.

Dentre os fatores psicológicos que podem inibir o orgasmo, podemos relacionar os seguintes:

- Tabus e preconceitos quanto ao sexo fazem com que muitas mulheres fiquem tensas, não se sentindo livres para participar ativamente do ato sexual, descobrindo suas áreas mais sensíveis, as posições que lhe dão mais prazer e comunicando isso ao parceiro.
- Conflitos inconscientes evocados pelas sensações eróticas, sentimentos de culpa em relação à sexualidade, hostilidade inconsciente ao parceiro.
- O medo de se entregar às sensações pode fazer com que a mulher fique alerta, controlando tudo, mesmo sem perceber. A excitação, assim, só chega até certo ponto, não atingindo a fase de platô, que é o nível de excitação máxima necessário para desenvolver o orgasmo.
- A preocupação excessiva em ter orgasmo gera ansiedade, impedindo o relaxamento necessário para desencadeá-lo.

Aborto:

<http://www.aborto.com/voto.htm>

Razões mais comuns de se cometer o aborto:

Na maioria dos casos, uma mulher que escolhe o aborto como método contraceptivo, tem, pelo menos, três das razões abaixo citadas:

- Não está preparada para a mudança de ser mãe, seria difícil manter o seu trabalho, continuar sua educação, e/ou cuidar das outras crianças;
- Não tem como sustentar uma criança agora;
- Não quer ser mãe solteira;
- Não está pronta para a responsabilidade;
- Não quer que ninguém saiba que ela fez sexo ou está grávida;
- Já tem todas as crianças que ela quer;
- O seu companheiro ou pais querem que ela tenha um aborto;
- Ela ou o seu feto tem um problema de saúde;
- Ela foi vítima de estupro ou de incesto.

No Brasil são cometidos, atualmente no ano, cerca de 1.433.350 abortos, dando um percentual de 36,5 por 1.000 mulheres.

De qualquer maneira, estes e outros dados mostram que a maioria

das mulheres latinas americanas, que tiveram um aborto induzido tinham 20 ou mais anos de idade, eram casadas e já tiveram filhos. Na maioria dos países desenvolvidos, por contraste, mulheres que tiveram abortos eram freqüentemente muito jovens, a vasta maioria era solteira e cerca da metade não tinha filhos.

Um estudo feito em 1993 no Brasil, Colombia, Chile, República Dominicana, México e Peru mostraram que as mulheres em todas as partes estavam familiarizadas com chá e infusões feitos de ervas e outros produtos vegetais que são acreditados em induzirem o aborto.

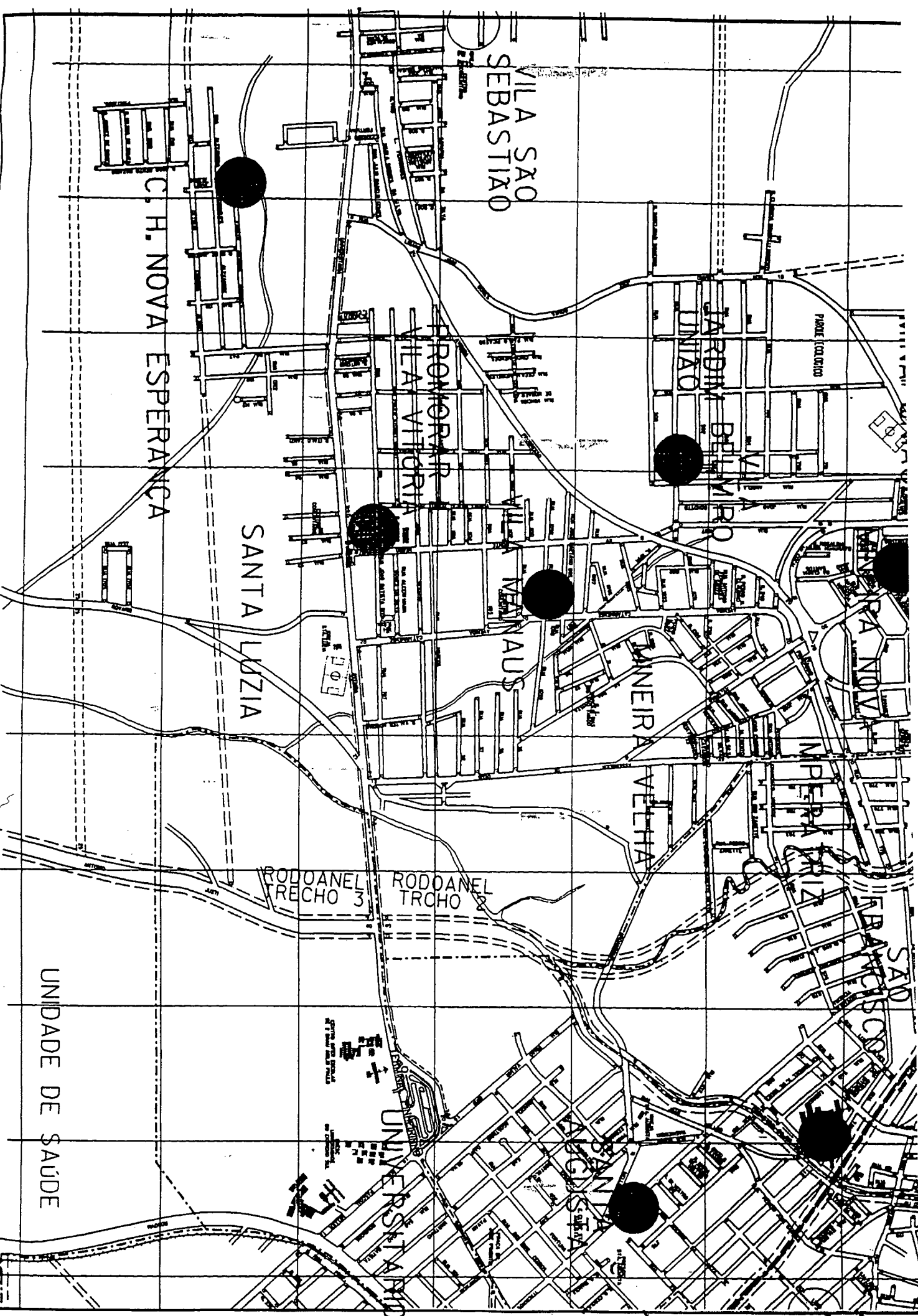
Técnicas de aborto usadas atualmente:

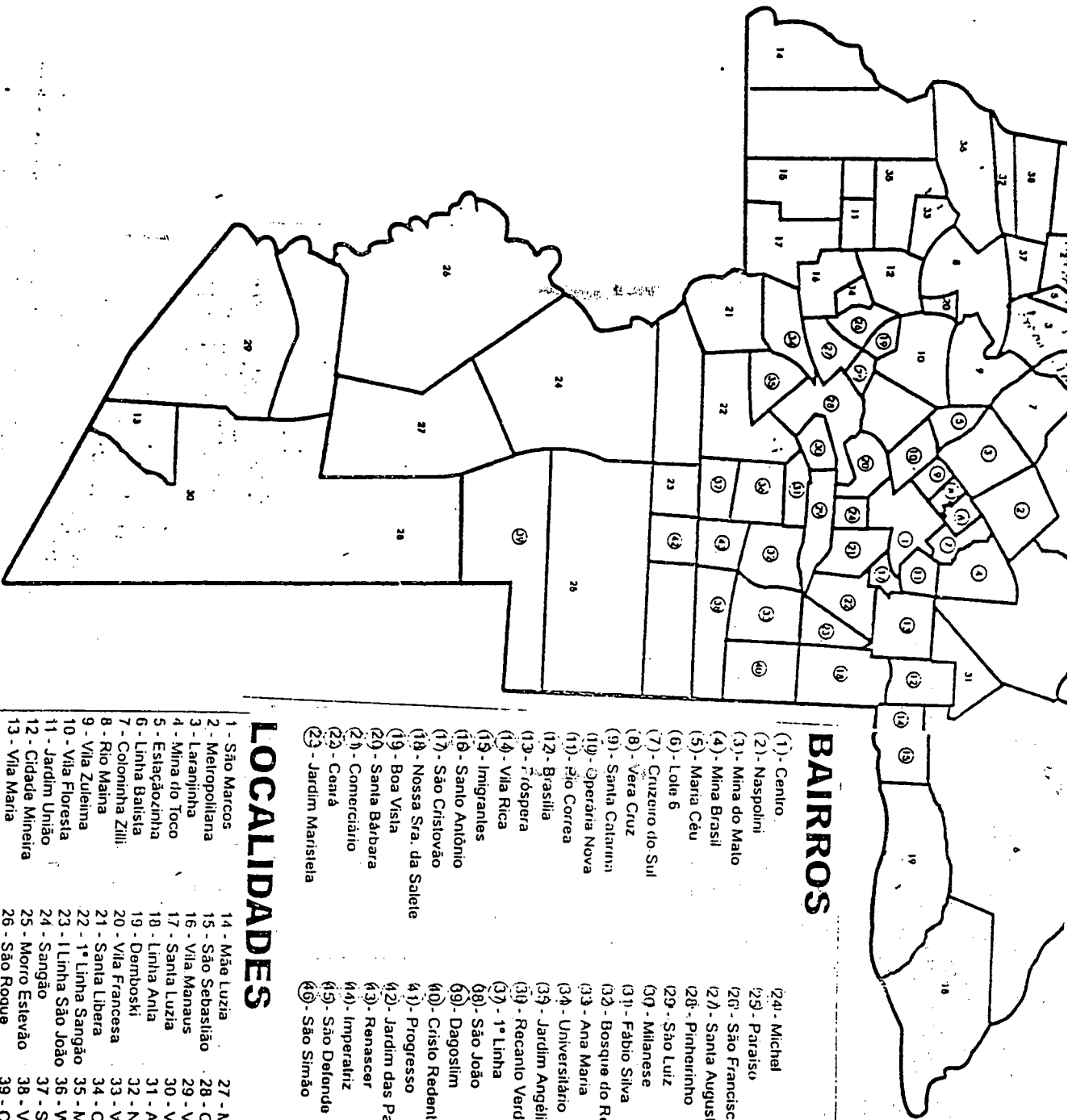
- Trauma Voluntário: Quedas, socos, atividades físicas excessivas, etc.
- Produtos Naturais tomados oralmente ou vaginalmente: Algas marinhas, sementes vegetais, chá e infusões preparadas de ervas e vegetais.
- Produtos Manufacturados tomados oralmente ou vaginalmente: Cerveja, vinho, vinagre, substâncias ensaboadas, substâncias Cáusticas, incluindo cloro, cal, sais de potássio.
- Objetos Físicos inseridos no Útero: Catheter (tubo de borracha), objetos pontiagudos, tais como arame, agulhas de tecer e cabides.

- Produtos Farmacêuticos administrados oralmente ou vaginalmente:

Misoprostol, prostaglandins, estrogen, laxativos, quinino, oxytocins, etc.

- Técnicas medicas: Dilatação e curetagem, aspiração por vacuum, envenenamento salino.



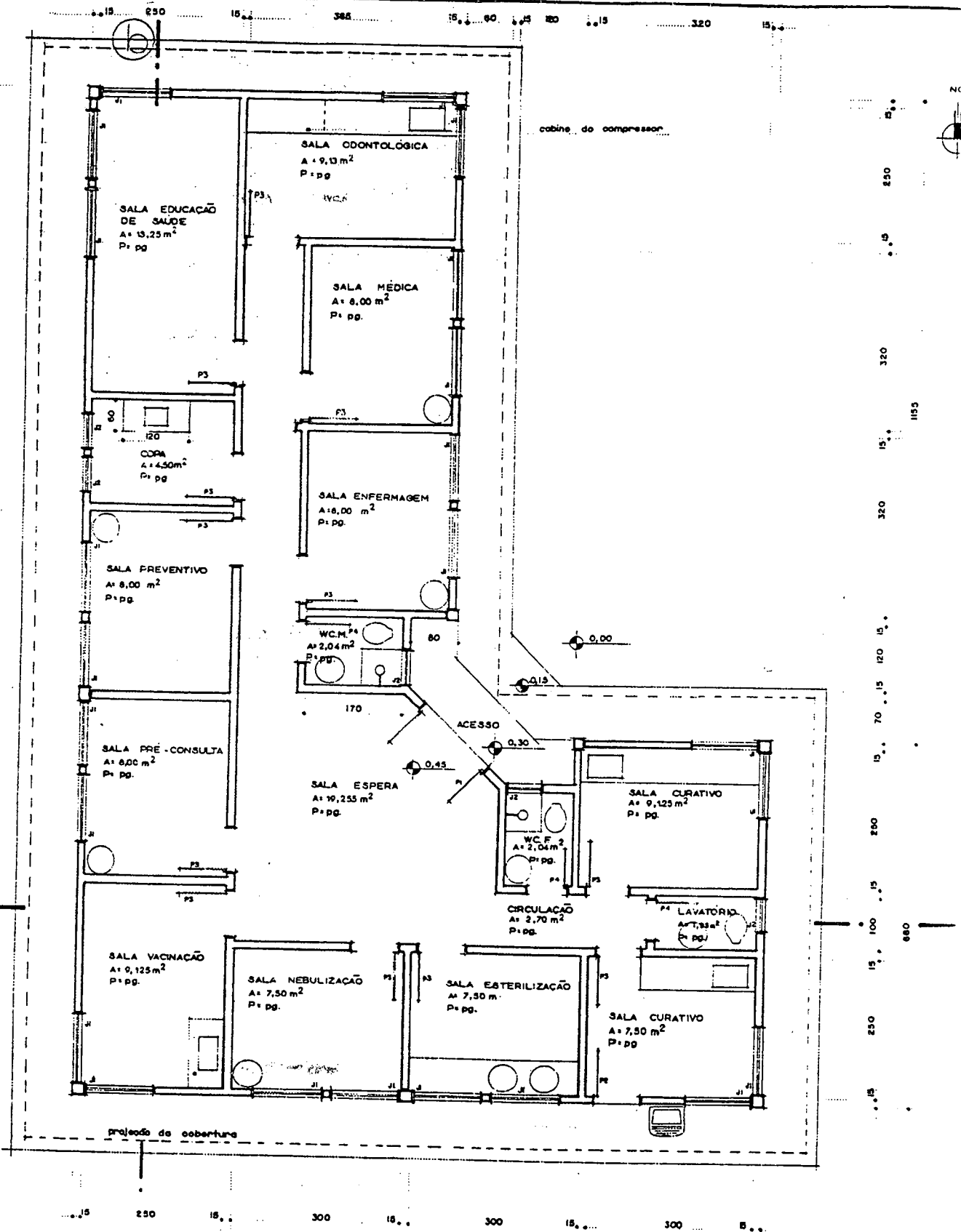


BAIRROS

- (1) - Centro
- (2) - Naspolini
- (3) - Mina do Mato
- (4) - Mina Brasil
- (5) - Maria Cêu
- (6) - Lote 6
- (7) - Cruzeiro do Sul
- (8) - Vera Cruz
- (9) - Santa Catarina
- (10) - Operária Nova
- (11) - São Correa
- (12) - Brasília
- (13) - Fátima
- (14) - Vila Rica
- (15) - Imigrantes
- (16) - Santo Antônio
- (17) - São Cristóvão
- (18) - Nossa Sra. da Salete
- (19) - Boa Vista
- (20) - Santa Bárbara
- (21) - Comerciário
- (22) - Ceará
- (23) - Jardim Maristela
- (24) - Michel
- (25) - Paraíso
- (26) - São Francisco
- (27) - Santa Augusta
- (28) - Pinheirinho
- (29) - São Luiz
- (30) - Milanese
- (31) - Fábio Silva
- (32) - Bosque do Repouso
- (33) - Ana Maria
- (34) - Universitário
- (35) - Jardim Angélica
- (36) - Recanto Verde
- (37) - 1ª Linha
- (38) - São João
- (39) - Dagostim
- (40) - Cristo Redentor
- (41) - Progresso
- (42) - Jardim das Palmeiras
- (43) - Renascer
- (44) - Imperatriz
- (45) - São Delante
- (46) - São Simão

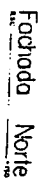
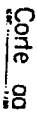
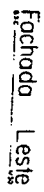
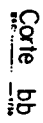
LOCALIDADES

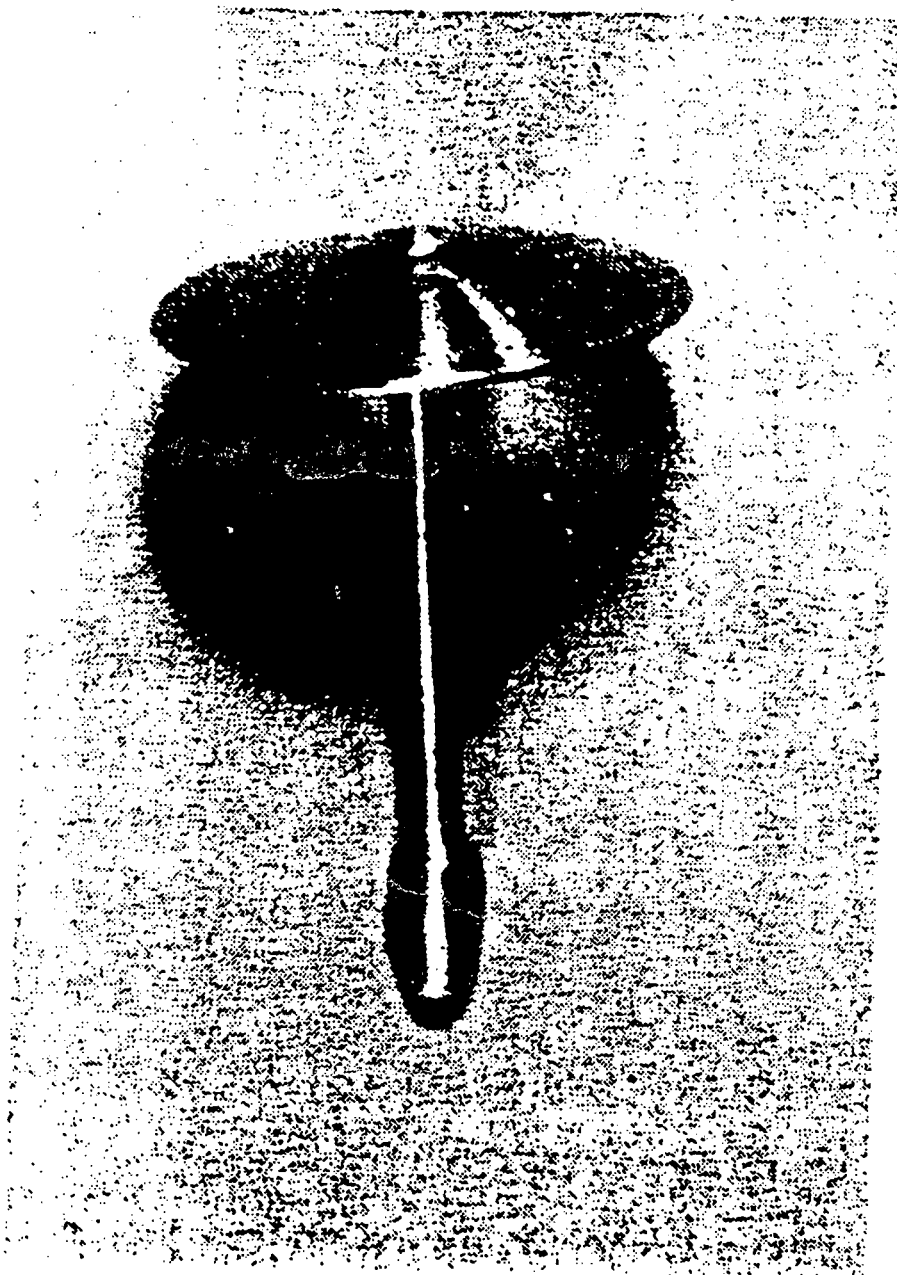
- 1 - São Marcos
- 2 - Metropolitana
- 3 - Laranjeira
- 4 - Mina do Toco
- 5 - Estaçãozinha
- 6 - Linha Batista
- 7 - Colônia Zili
- 8 - Rio Maíma
- 9 - Vila Zuleima
- 10 - Vila Floresta
- 11 - Jardim União
- 12 - Cidade Mineira
- 13 - Via Maria
- 14 - Mãe Luzia
- 15 - São Sebastião
- 16 - Vila Manaus
- 17 - Santa Luzia
- 18 - Linha Anil
- 19 - Dembosi
- 20 - Vila Francesa
- 21 - Santa Libera
- 22 - 1ª Linha Sangão
- 23 - Linha São João
- 24 - Sangão
- 25 - Morro Estevão
- 26 - São Roque
- 27 - Morro Albuino
- 28 - Quarta Linha
- 29 - Verdinho
- 30 - Vila São Domingos
- 31 - Argélia
- 32 - N. S. do Carmo
- 33 - Vila Macanil
- 34 - Cidade M. Velha
- 35 - Mina União
- 36 - Wosocris
- 37 - São José
- 38 - Vila Visconde
- 39 - Colônia



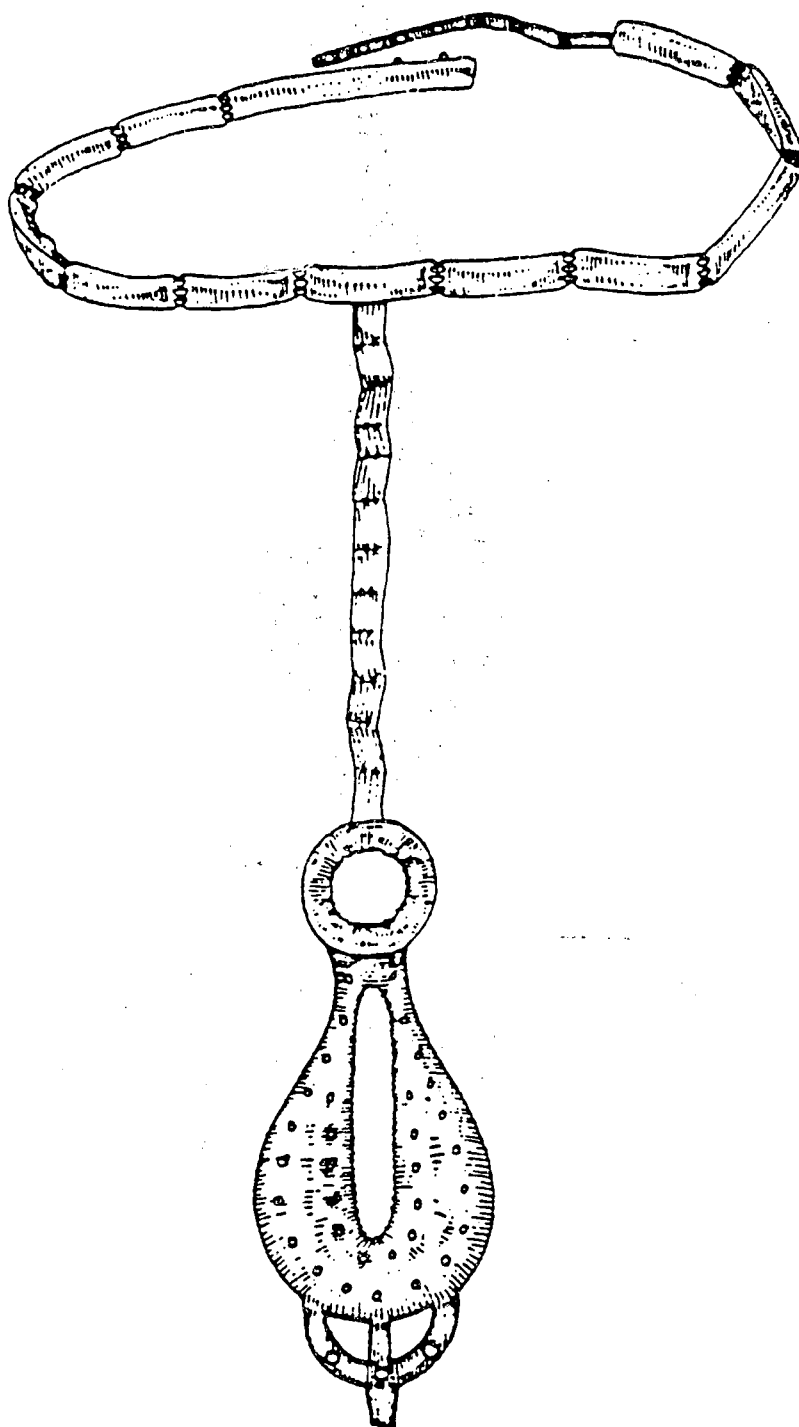
balcão e/ou bancada em
inox ou granito poído ou inox.
lido sobre balcão em
fôrmas e/ou proteleiras
externas.

NOTA: Bancadas em granito poído ou inox.
Cubos em inox.
Lavatórios em louça branca e/ou colusa.





— Dispositivo intracervical de
acero inoxidable.



– Cinturón de castidad. Desde tiempos bíblicos eran colocados para protección del introito vaginal. Difundido en la época de los Cruzados que importaron a Europa los modelos orientales.

GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Unidade de Saúde Vila Manaus -



Instrumento de Avaliação

Identificação:

Nome:

Nº Prontuário:

Data de Nascimento:

Cor:

Sexo: Idade:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Naturalidade:

Procedência:

Profissão:

Horário de Trabalho:

Endereço:

Ponto de Referência:

Fone:

Renda Familiar:

Nº de Membros da Família (especificar):

Encaminhado ao Grupo de Planejamento Familiar por:

Condições de Moradia:

Casa: Própria () Alugada ()

Tipo de Construção:

Condições de Saneamento:

Luz Elétrica:

Nº de Cômodos:

Planejamento Familiar:

Nº de Gestações:

Nº de Parto: Normal () Cesária () Aborto ()

Com quem ficam as Crianças? (se trabalha fora)

Faz consultas regulares?

O método que esta fazendo uso no momento foi indicado por quem?

Médico (), Visinha (), Farmacêutico (), Conta Própria ()

Tem interesse em saber mais sobre outro método? Qual?

Qual a participação de seu parceiro no Planejamento Familiar?



AIDS significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma doença grave, infectocontagiosa e transmitida principalmente através de relações sexuais e do sangue. A AIDS resulta de uma infecção provocada por um vírus chamado HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). É uma doença de longa incubação, isto quer dizer que, mesmo depois que a pessoa sadia se contaminou com o vírus HIV, poderá levar muitos anos até desenvolver a doença.

COMO ATUA O VÍRUS HIV?

O vírus HIV, quando penetra no organismo sadio, ataca os linfócitos, células que têm como função defender o corpo contra infecções e doenças. Com o passar do tempo o vírus HIV vai se multiplicando dentro dos linfócitos, prejudicando o sistema de defesa, que perde seu poder de proteger o organismo, enfraquecendo-o cada vez mais, permitindo que doenças e infecções se instalem, até chegar ao estágio da AIDS.

O QUE QUER DIZER SOROPOSITIVO SADIO?

É a pessoa que foi contaminada pelo vírus HIV- tem o vírus no organismo-, mas não desenvolveu nenhum sinal ou sintoma da infecção pelo HIV, é também, transmissor da doença.

COMO SABER SE UMA PESSOA É SOROPOSITIVA?

Através da realização de um exame de sangue com um teste chamado ELISA. Se o resultado der positivo, deverá ser realizado outro tipo de teste, chamado Imunofluorescência Indireta (IF) para confirmação do resultado.

COMO O VÍRUS HIV É TRANSMITIDO?

- 1- Através de relações sexuais, quando um dos parceiros está contaminado pelo HIV ou é doente de AIDS.
- 2- Através de transfusões de sangue e/ou componentes contaminados com o vírus HIV.
- 3- Através de agulhas, seringas contaminadas pelo vírus HIV.
- 4- Através da mãe contaminada pelo vírus HIV para o filho, antes, durante ou logo após o parto.

COMO O VÍRUS NÃO É TRANSMITIDO?

No convívio social; familiar; pela doação de sangue; pela saliva, suor ou urina; pelo ar, tosse ou espirro; por picadas de inseto; água e alimentos; por copos, toalhas, xícaras; por dormir, trabalhar ou comer no mesmo ambiente; pelo uso de pias, banheiros, piscinas, sauna.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO:

- 1- Uso de preservativos (camisinha), nas relações com parceiros sobre os quais não tenhamos muito conhecimento.
- 2- Exigir sempre sangue testado em caso de transfusão.
- 3- Nunca compartilhar agulhas e seringas com outras pessoas.
- 4- Exigir sempre, em farmácias, hospitais, consultórios etc, agulhas e seringas descartáveis.



ELABORADO POR: Hevelyn Somer Maccarini
Shayrlene Quarezemin
Maio/2001



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TEL.: (048) 331-9480-FAX.: (048) 231-9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 – ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Na elaboração deste trabalho
as acadêmicas atenderam
as sugestões pelas membros
da Banca Examinadora, tendo
assim cumprido os requisitos
da disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada INT 5134.

Fls. 14 107101

Elza Beleno Galla.